

LES LAMBEAUX DE LANGUE

INTÉRÊT ET UTILISATION EN CHIRURGIE PLASTIQUE DE LA FACE

THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE
PUBLIQUEMENT LE 9 DÉCEMBRE
1974, POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE PAR
Denis KARCHER,
DIPLOMÉ DU CERTIFICAT D'ÉTUDES
SPÉCIALES DE STOMATOLOGIE, NÉ
LE 1^{er} AVRIL 1948 A VESOUL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. M. GOSSEREZ, *Professeur*

H. CADENAT, *Professeur*

M. STRICKER, *Professeur ag.*

J. PONS, *Professeur ag. du Val-de-Grâce*

Président

} *Juges*

LES LAMBEAUX DE LANGUE

INTÉRÊT ET UTILISATION EN CHIRURGIE PLASTIQUE DE LA FACE

THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE
PUBLIQUEMENT LE 9 DÉCEMBRE
1974, POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE PAR
Denis KARCHER,
DIPLOMÉ DU CERTIFICAT D'ÉTUDES
SPÉCIALES DE STOMATOLOGIE, NÉ
LE 1^{er} AVRIL 1948 A VESOUL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. M. GOSSEREZ, *Professeur*

H. CADENAT, *Professeur*

M. STRICKER, *Professeur ag.*

J. PONS, *Professeur ag. du Val-de-Grâce*

Président

Juges



Nancy, le 1^{er} octobre 1974

UNIVERSITÉ DE NANCY

Président : Professeur J.R. HELLUY

FACULTÉ A DE MÉDECINE

Doyen : Pr agr. A. DUPREZ

Vice-Doyens :

- 1^{er} cycle et recherche : Pr MARTIN
- 2^e cycle : Pr CUNY
- Budget : Pr ANTHOINE

FACULTÉ B DE MÉDECINE

Doyen : Pr J.B. DUREUX

Vice-Doyens :

- 1^{er} cycle et recherche : Pr BOULANGE
- 2^e cycle : Pr GROSS
- Budget : Pr HARTEMANN

Doyen Honoraire : Pr BEAU

Professeurs Honoraires :

MUTEL / FRANCK / MELNOTTE /
BODART / HARTEMANN J. / FLORENTIN /
WOLFF / BERTRAND / GRIMAUD /
CHALNOT / LOUYOT

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	Faculté A de Médecine	Faculté B de Médecine
ANATOMIE et ORGANOGENÈSE	Pr CAYOTTE Anatomie Pr ag. BORRELLY	Pr ag. RENARD
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	Pr ag. DUPREZ	Pr RAUBER Anatomie pathologique Pr ag. FLOQUET
ANESTHÉSIOLOGIE	Pr ag. PICARD J.M.	Mme le Pr ag. LAXENAIRE
BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE	Pr BURDIN Bactériologie, Virologie	Pr de LAVERGNE Bactériologie, Virologie, Immunologie
BIOCHIMIE	Pr ag. NABET Mme le Pr ag. BELLEVILLE	Pr PAYSANT Chimie Biologique Pr ag. NICOLAS
BIOPHYSIQUE	Pr ag. BERTRAND A.	Pr ag. ROBERT
CANCÉROLOGIE	Pr CHARDOT (1)	
CARDIOLOGIE	Pr FAIVRE Clinique des maladies cardio-vasculaires Pr ag. CHERRIER	Pr PERNOT (1) Pr GILGENKRANTZ (1)

Professeurs titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en « minuscules ».

(1) Professeur sans chaire.

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	Faculté A de Médecine	Faculté B de Médecine
CHIRURGIE GÉNÉRALE	Pr GROSIDIER Clinique chirurgicale Pr FRISCH Chirurgie générale	Pr LOCHARD Pathologie chirurgicale Pr ag. FIEVE
CHIRURGIE INFANTILE	Pr PRÉVOT Chirurgie infantile et néo-natale	Pr BEAU Clinique chirurgicale infantile
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE	Pr BENICHOX Pathologie chirurgicale cardio-vasculaire	Pr ag. MATHIEU
DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE	Pr ag. WEBER	Pr BEUREY Cl. dermato-syphiligraphique
ENDOCRINOLOGIE MÉTABOLISME, NUTRITION	Pr ag. LECLÈRE	Pr HARTEMANN P. Pathologie médicale Pr DEBRY Nutrition et maladies métaboliques
GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE	Pr RICHON Clinique obstétricale	Pr RIBON (1) Pr ag. LANDES
HÉMATOLOGIE - MALADIES DU SANG	Pr STREIFF	Pr ag. ALEXANDRE
HÉPATOLOGIE, GASTRO-ENTÉROLOGIE	Pr HEULLY Thérapeutique	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE CYTOGÉNÉTIQUE	Pr LEGAIT Histologie	Pr DOLLANDER Embryologie Pr GRIGNON Biologie médicale
IMMUNOLOGIE	Pr ag. DUHEILLE	
MALADIES INFECTIEUSES MALADIES TROPICALES	Pr ag. CANTON	Pr DUREUX Maladies infectieuses et réanimation neuro-respirat.
MATHÉMATIQUES, STATISTIQUES INFORMATIQUE MÉDICALE	Pr MARTIN Informatique médicale	
MÉDECINE et CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE et COMPARÉE		Pr LACOSTE (1)

Professeurs titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en « minuscules ».
(1) Professeur sans chaire.

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	Faculté A de Médecine	Faculté B de Médecine
MÉDECINE INTERNE	Pr HERBEUVAL Clinique Médicale Pr CUNY Gérontologie et gériatrie Pr GRILLIAT Médecine Interne et Aller- gologie Pr ag. THIBAUT Pr ag. GUERCI	Pr KISSEL Clinique Médicale Pr SCHMITT J. Médecine générale et neuro- myologie Pr ag. GAUCHER P. Pr ag. DUC Pr ag. PENIN
MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE		Pr de REN (1)
MÉDECINE PRÉVENTIVE ET SANTÉ PUBLIQUE, HYGIÈNE	Pr SENAULT Hygiène et Médecine Sociale	Pr FOLIGUET (1)
NEPHROLOGIE	Pr HURIET (1)	Pr GROSS Physio-pathologie rénale
NEUROCHIRURGIE	Pr MONTAUT (1)	Pr LEPOIRE Clinique de Neurochirurgie
NEUROLOGIE	Pr ag. WEBER Michel	Pr ARNOULD G. Clinique de Neurologie et Psychiatrie
OPHTALMOLOGIE	Pr THOMAS Clinique ophtalmologique Pr ag. RENY	Pr CORDIER Exploration fonctionnelle ophtalmologique
ORTHOPÉDIE, TRAUMATOLOGIE CHIRURGIE PLASTIQUE et RECONSTRUCTIVE	Pr GOSSEREZ Clinique stomatologique et chirurgie plastique de la face Pr MICHON Chirurgie orthopédique plastique et reconstructive de l'appareil moteur	Pr SOMMELET Clinique orthopédique et traumatologique Pr ag. SCHMITT D. Pr ag. DELAGOUTTE
OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE	Pr ag. PERRIN	Pr WAYOFF Clinique oto-rhino-laryngo.
PARASITOLOGIE	Pr HELLUY Bactériologie et Parasitologie	Pr ag. PERCEBOIS
PÉDIATRIE,	Pr NEIMANN	Pr PIERSON

Professeurs titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en « minuscules ».
(1) Professeur sans chaire.

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	Faculté A de Médecine	Faculté B de Médecine
GÉNÉTIQUE MÉDICALE	Clinique de Pédiatrie et de Puériculture Pr ag. VERT Mme le Pr ag. OLIVE	Puériculture et Génétique Pr MANCIAUX Pédiatrie préventive et sociale
PHARMACOLOGIE	Pr LAMARCHE Hydrologie thérapeutique et pharmacologie	Pr ag. ROYER
PHYSIOLOGIE	Pr ARNOULD P. Physiologie Pr BOURA (1)	Pr BOULANGE Physiologie Humaine et Médecine aéronautique Pr ag. CRANCE
PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE	Pr SADOUL Physio-pathologie respirat. Pr ANTHOINE (1)	Pr LAMY Clinique de Pneumo-Phtisio. Pr ag. VAILLANT
PSYCHIATRIE d'ADULTES		Pr LAXENAIRE (1)
PSYCHIATRIE INFANTILE	Pr TRIDON	
RADIOLOGIE	Pr ROUSSEL Electro-radiologie clinique Pr ag. BERNADAC Pr ag. HOFFEL	Mme le Pr ag. TREHEUX Pr ag. PICARD L.
RHUMATOLOGIE	Pr GAUCHER A. Clinique rhumatologique	
STOMATOLOGIE		Pr ag. STRICKER
THÉRAPEUTIQUE, RÉANIMATION MÉDICALE, RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE et HYDROLOGIE		Pr PIERQUIN Médecine du Travail et Réadaptation Pr LARCAN Pathologie générale et Réanimation
UROLOGIE	Pr GUILLEMIN Clinique des voies urinaires	

Agrégés Libres :

MM. ARNULF / ALGAN

Professeurs titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en « minuscules ».
(1) Professeur sans chaire.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur M. GOSSEREZ

*Professeur de Clinique stomatologique
et de chirurgie plastique de la face*

*ayant inspiré et dirigé notre travail,
qu'il trouve ici l'expression de notre
profond respect et de notre gratitude sincère.*

A NOS JUGES

M. le Professeur H. CADENAT

*Professeur de Clinique stomatologique
et de chirurgie maxillo-faciale*

*en remerciement de l'intérêt qu'il nous porte
en acceptant de faire partie de notre jury.*

M. le Professeur agrégé STRICKER

Maître de Conférences agrégé de stomatologie

qui nous a tant facilité la réalisation de ce travail.

M. le Professeur agrégé J. PONS

*Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Nous n'oublierons jamais l'accueil
qu'il nous a réservé dans son service
ni les enseignements et les conseils
que nous y avons reçus.*

A M. le Professeur CERNEA

*Professeur de Clinique stomatologique
et de chirurgie maxillo-faciale*

*et à tous nos Professeurs
de l'Institut de stomatologie de PARIS
dont l'enseignement nous a permis la réussite de nos études.*

A MES PARENTS,

*qui m'ont permis de mener à bien
mes études, va toute mon affection.*

A FRÉDÉRIQUE,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS.

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société.

AVANT-PROPOS

Le choix de ce sujet nous a amené à puiser notre documentation dans l'expérience des écoles de NANCY et de TOULOUSE, et nous voulons d'emblée remercier ici le Pr. CADENAT qui a bien voulu nous confier le fruit de son expérience, appuyé sur des travaux de recherches élaborés, et sur une importante utilisation clinique.

Ces travaux ont permis d'élargir notre étude primitive qui ne portait que sur l'utilisation des lambeaux pelvi-linguaux décrits par l'école de NANCY.

Nous lui en sommes très reconnaissant ainsi que d'avoir bien voulu juger notre travail.

INTRODUCTION

En chirurgie buccale, comme en chirurgie générale, devant une perte de substance à combler, se pose la question :

- du choix du matériau le mieux adapté,
- de son site de prélèvement,
- de la technique de transplantation.

Nous n'aurons ici en vue que la réparation des régions à revêtement muqueux.

Les pertes de substance qui n'affectent pas toute l'épaisseur des parois de la cavité buccale, peuvent être comblées par des greffes libres, cutanées, ou mieux muqueuses, prélevées soit aux dépens de la muqueuse buccale, soit dans un site éloigné (prépuce, grandes lèvres).

Les pertes de substance qui entraînent une lésion de toute l'épaisseur de la paroi exigent des greffes pédiculées ou lambeaux, reconstituant cette même épaisseur et les deux surfaces du revêtement (endo et exobuccal). Mais les lambeaux doivent se trouver à proximité de la perte de substance à traiter afin de minimiser au maximum les tractions sur le pédicule.

Quel chirurgien, examinant la bouche d'un patient, n'a pas été frappé par le réservoir musculo-muqueux que représente la langue ?

Cet organe, d'une mobilité extraordinaire, bien vascularisé, recouvert d'une muqueuse d'aspect et de coloration identique à certains éléments de la face et composé d'une masse musculaire importante, semble être le fournisseur idéal qui livre à domicile des éléments de choix.

Aussi le but de ce travail est d'étudier les possibilités d'utilisation de lambeaux linguaux pour la réparation des pertes de substance muqueuse, au niveau de la bouche.

HISTORIQUE

Dès 1931, la littérature chirurgicale américaine fait état de l'utilisation de lambeaux (ou plus exactement de morceaux) de langue.

Mais, ce n'est qu'en 1956, que KLOOP et SCHURTER les utilisèrent afin de combler une résection étendue d'un néoplasme du voile du palais.

En 1957, CONLEY étend l'utilisation de la langue à la réfection ou au recouvrement des plaies chirurgicales réalisées lors d'exérèse d'un cancer de la joue, de la machoire inférieure, de la lèvre inférieure, du pharynx latéral, et du pharynx antérieur. Il l'utilise également comme couverture des vaisseaux carotidiens après exérèse large.

En 1964, BAKAMJIAN publie une étude, toujours en cancérologie, de l'utilisation de lambeaux marginaux ou dorsaux de la pointe de la langue pour la réfection de la lèvre inférieure.

En 1966, PAPAIOANNOU reconstitue le plancher de la bouche à l'aide de lambeaux pédiculés.

— GUERRERO SANTOS utilise un lambeau de langue pour la réparation des fistules du palais dur.

— GOSSEREZ et STRICKER utilisent les lambeaux dans la réparation des pertes de substance par morsure de chien et brûlure électrique au niveau des lèvres.

D'autre part, ils découvrent une nouvelle technique chirurgicale avec la taille des lambeaux pelvilinguaux (utilisation de la muqueuse et des muscles de la face inférieure de la portion mobile).

— GUERRERO SANTOS publie un article sur l'utilisation de lambeau de langue dans la restauration secondaire de bec de lièvre.

En 1970, GOLA les utilise pour la fermeture du palais antérieur dans les becs de lièvre.

En 1972, GOSSEREZ publie une étude récapitulative sur leur utilisation.

Enfin, en *1973*, CADENAT publie une étude de la vascularisation fine de la langue.

* *
* *

EMBRYOLOGIE

La langue naît à partir de cinq saillies mésoblastiques qui après avoir soulevé l'épithélium ventral de l'intestin pharyngien et du stomodéum se réunissent en un seul massif.

Le mésoblaste qui est à l'état de mésenchyme est constitué :

- d'éléments originaires du champ méso-branchial et de la partie ventrale des quatre premiers arcs destinés à fournir le tissu conjonctif de la langue ;
- d'éléments myogènes émigrés des sommités occipitales, destinés à édifier la musculature striée de la langue.

Dès la quatrième semaine, sur l'embryon, on voit apparaître au niveau du sillon qui unit les premières poches viscérales droite et gauche, une éminence médiane : c'est le tuberculum impar de His. A cette date également deux saillies latérales antérieures apparaissent au niveau de l'extrémité ventrale des bourgeons mandibulaires : ce sont les tubercules latéraux.

Ces trois ébauches fusionnent entre elles pour fournir les deux tiers antérieurs de la langue destinés à la mastication.

Le plan d'union des ébauches latérales antérieures est marqué en surface par le sillon médian et en profondeur par le septum médian.

Le tiers postérieur de la langue (servant à la déglutition) est formé à partir de deux ébauches latérales postérieures.

Celles-ci naissent au niveau du sillon unissant les deuxièmes poches droite et gauche. De plus, elles confluent précocement pour donner le pars copularis. L'accolement du pars copularis avec les autres bourgeons se fait selon un V ouvert en avant persistant chez l'adulte (il est dessiné par les papilles caliciformes).

Le sommet en V est le foramen caecum : c'est le reliquat de l'ébauche thyroïdienne qui se développe en arrière et très près de l'insertion de la membrane pharyngienne sous forme

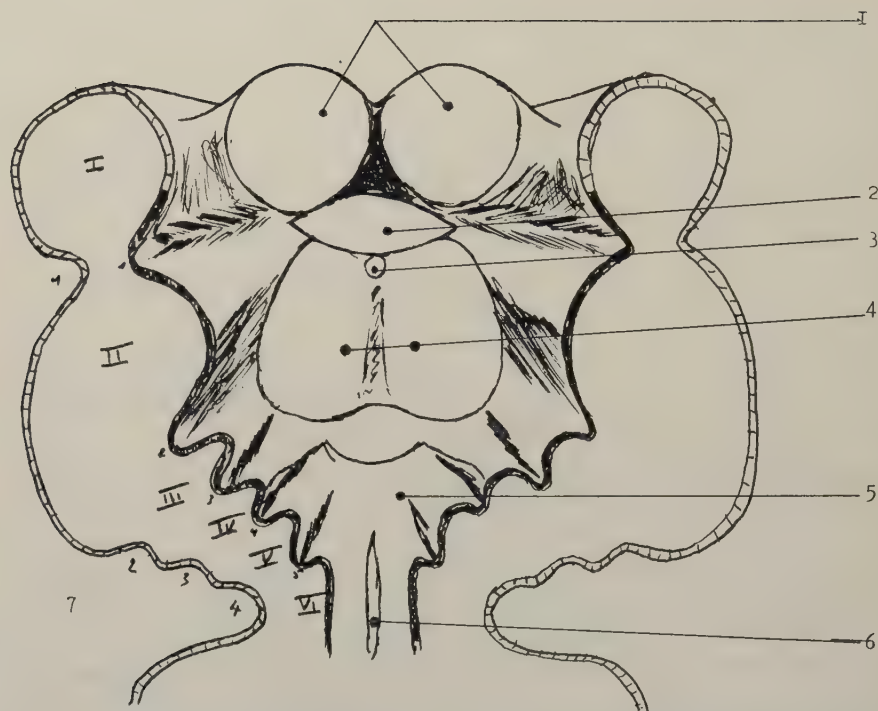


Fig. 1 — Représentation schématique du plancher stomodéo-pharyngien montrant les ébauches linguales.

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1 — Ebauches latérales antérieures | 5 — Furcula (épiglote) |
| 2 — Tuberculum impar | 6 — Ebauche laryngo-trachéale |
| 3 — Foramen caecum | 7 — Sinus cervical |
| 4 — Pars copularis | |

d'une invagination entoblastique à travers le mésenchyme du champ mésobranchial. Cette digitation, appelée canal thyro-glosse, s'allonge en direction caudale sous le plancher de l'intestin pharyngien. Il traverse donc le massif lingual.

Seule la partie caudale du canal (correspondant à la limite 1/3 moyen, 1/3 inférieur du cou) prolifère pour constituer les deux lobes thyroïdiens. Le reste se comble pour donner le tractus thyroéoglosse qui se résorbera sur toute son étendue. La persistance anormale de la partie supérieure du tractus prend le nom de canal de BOCHLADECK.

La partie antérieure de la langue est recouverte d'épiblaste excepté sur une petite surface répondant au tuberculum impar qui est recouvert d'entoblaste (dans l'angle du V et au niveau du V lui-même).

Le revêtement de la partie postérieure est d'origine entoblastique.

L'épithélium lingual se stratifie vers la fin du deuxième mois. Au début du troisième mois, apparaissent les papilles fongiformes et vers le milieu de ce mois, naissent les papilles filiformes et foliées.

Les papilles caliciformes commencent à se soulever au début du troisième mois, et leurs fosses se creusent au cours du quatrième mois. Il en est de même pour la formation des glandes d'EBNER.

C'est vers le cinquième mois que se dessine une infiltration lymphocytaire au niveau de la base de la langue. Mais la structure réelle de l'amygdale linguale ne se différencie que vers la naissance.

D'autre part, primitivement, trois artères nées séparément de la carotide externe irriguent les composants de la langue :

- l'artère dorsale de la langue vascularise le bourgeon postérieur (pars copularis);
- l'artère ranine vascularise le bourgeon antérieur;
- l'artère sublinguale vascularise le plancher.

Ultérieurement, ces trois vaisseaux naissent d'un tronc commun : l'artère linguale.

Ce chapitre explique aussi l'innervation motrice de la langue par le grand hypoglosse, qui est le nerf des métamères occipitaux, et son innervation sensitive, par les nerfs des quatre premiers arcs :

- le trijumeau (nerf lingual)
- le facial (corde du tympan)

- le glosso-pharyngien
- le pneumogastrique (nerf laryngé supérieur).

Il permet également de comprendre l'existence :

- de langue bifide, par la non coalescence des ébauches latérales antérieures;
- de langue trifide, par le développement exagéré du tuberculum impar;
- d'ectopie thyroïdienne linguale, de thyroïde accessoire, de fistules, de kystes, dans cette région.

*
* *

ANATOMIE

ANATOMIE DESCRIPTIVE

La langue constitue la région centrale de l'espace sus mylohyoïdien du plancher de la bouche.

C'est donc un organe intrabuccal de forme conique à pointe antérieure et base postérieure, aplatie de haut en bas.

Elle repose sur un squelette constitué : (fig. 2)

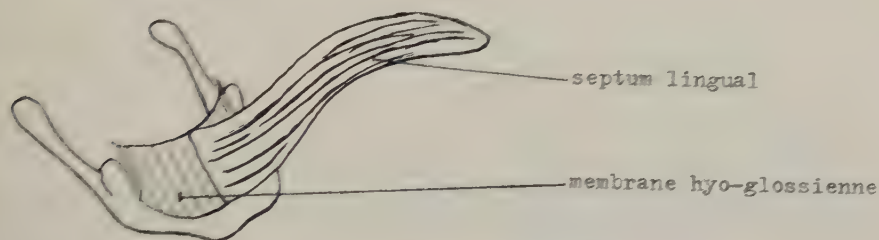


Fig. 2. — Squelette de la langue.

- **de l'os hyoïde** : en forme de fer à cheval concave vers l'arrière, il présente deux petites cornes et deux grandes cornes et donne insertion à de nombreux muscles de la langue.
- **de la membrane hyoglossienne** : lame fibreuse transversale, elle s'insère au niveau du bord supérieur de l'os hyoïde et se perd dans la partie profonde de l'organe.
- **du septum lingual** : lame falciforme insérée par son bord postérieur à la précédente et à l'os hyoïde, elle se perd dans la partie sagittale de la pointe de la langue. La membrane hyoglossienne et le septum lingual donnent également attache à des muscles linguaux.

La langue peut se diviser en deux régions : la base ou portion fixe et la pointe ou portion mobile.

I. LA BASE : est délimitée

— en avant : par l'angle dièdre passant par le V lingual et le plan joignant le corps de l'os hyoïde au bord postérieur du plancher buccal;

— en bas : par la membrane hyoépiglottique qui la sépare de l'espace thyrohyoépiglottique;

— en haut et en arrière : par sa muqueuse épaisse recouvrant des formations lymphoïdes : l'amygdale linguale.

Elle est séparée en avant du muscle génio-hyoïdien par un espace celluleux. En arrière, elle reste en rapport avec l'épiglotte avec laquelle elle est reliée par les replis glosso-épiglottiques médians et latéraux.

Cette base est la zone de réunion des muscles constituant la langue. Ils sont au nombre de dix-sept, dont un seul est impair. Deux des huit muscles pairs sont les plus importants, ce sont le *hyoglosse* et le *géniglosse*.

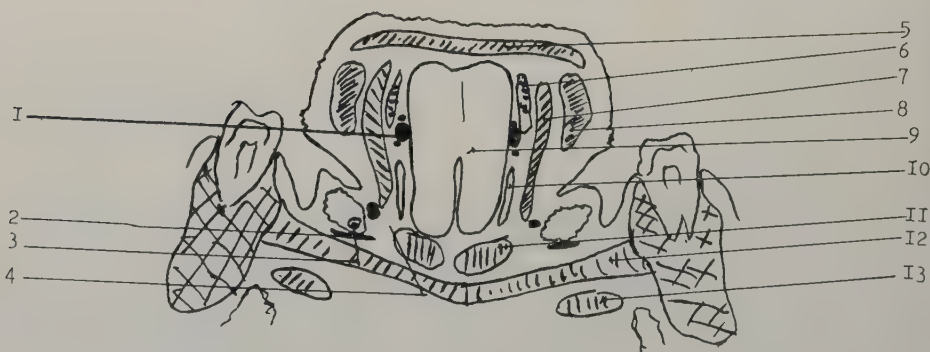


Fig. 3. — Coupe frontale de la langue.

- | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 1 — Artère linguale | 5 — Lingual supérieur | 10 — Pharyngo-glosse |
| 2 — Nerf lingual | 6 — Lingual inférieur | 11 — Génio-hyoïdien |
| 3 — Canal de WARTON | 7 — Hyo-glosse | 12 — Mylo-hyoïdien |
| 4 — Nerf grand hypo-glosse | 8 — Stylo-glosse | 13 — Ventre antérieur du digastrique |
| | 9 — Génio-glosse | |

Le hyoglosse : C'est un muscle plat quadrilatère formé de deux chefs :

— le chef cératoglosse s'insère sur la grande corne de l'os hyoïde;

— le chef basioglosse s'insère sur le corps de l'os hyoïde dans la concavité d'insertion du géniohyoïdien.

Ces deux chefs sont séparés par un interstice et montent obliquement en haut, en avant et en dedans vers la partie latérale de la base de la langue, s'intriquant avec le faisceau inférieur styloglosse. Ils se terminent dans la pointe de la langue et sur le septum lingual.

Le génioglosse : Il s'insère en avant par un tendon à l'apophyse géni supérieure, de là il se déploie en un large éventail de fibres charnues. Les fibres supérieures décrivent une courbure à concavité antérieure se dirigeant vers la pointe. Les fibres inférieures se dirigent vers le bord supérieur de l'os hyoïde et la membrane hyoglossienne sur lesquels elles s'insèrent. Les fibres moyennes se dirigent vers la face dorsale, les plus internes s'entrecroisant avec celles du muscle symétrique.

Les autres muscles sont : le styloglosse, le lingual inférieur, le lingual supérieur, le palatoglosse, l'amygdaloglosse, le pharyngoglosse, le transverse.

Le styloglosse s'insère en haut sur l'apophyse styloïde et sur la partie supérieure du ligament stylomaxillaire. En bas, les fibres charnues constituent le bord lingual, la partie externe de la face dorsale et s'intriquent avec le hyoglosse et le lingual inférieur en se dirigeant vers la pointe.

Le lingual inférieur naît de la petite corne de l'os hyoïde, il se porte vers la pointe en compagnie des fibres du styloglosse.

Le lingual supérieur prend naissance sur la petite corne de l'os hyoïde et sur la partie profonde d'un repli glosso-épiglottique, il se porte en avant et se confond avec son homologue en même nappe musculaire depuis la base jusqu'à la pointe.



Fig. 4. — Disposition schématisée des muscles de la langue.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1 — Génio-glosse | 8 — Ventre postérieur du digastrique |
| 2 — Ventre antérieur du digastrique | 9 — Styloglosse |
| 3 — Mylo-hyoïdien | 10 — Stylohyoïdien |
| 4 — Génio-hyoïdien | 11 — Stylopharyngien |
| 5 — Faisceau hyoïdien du génioglosse | 12 — Constricteur supérieur du pharynx |
| 6 — Lingual inférieur | 13 — Muscles sous-hyoïdiens |
| 7 — Hyoglosse | |

Le palatoglosse : C'est le pilier antérieur du voile. Au niveau de la partie latérale de la base, il s'intrique avec le styloglosse, le pharyngoglosse et l'amygdaloglosse.

L'amygdaloglosse s'insère sur l'aponévrose pharyngienne et se perd dans la base.

Le pharyngoglosse : C'est un faisceau du constricteur supérieur du pharynx, il intrique ses fibres latéralement avec les autres muscles linguaux.

Le transverse, muscle impair, est constitué de fibres transversales s'insérant à la face latérale du septum médian et à la face profonde du chorion de la muqueuse du bord lingual.

La base est la partie relativement fixe de la langue. Sa fixité est assurée par l'insertion de muscles sur : la mandibule, l'os hyoïde, l'apophyse styloïde.

II. LA PARTIE MOBILE :

C'est une région qui nous intéresse particulièrement. Elle s'oppose à la base par son extraordinaire mobilité. Elle est située en avant du V lingual, a une forme triangulaire à sommet antérieur, la pointe proprement dite présente deux faces, supérieure et inférieure, et deux bords.

Elle est constituée de la terminaison des fibres charnues de la plupart des muscles décrits plus haut.

La face supérieure ou dorsale (fig. 5) est marquée d'un sillon médian antéro-postérieur. De part et d'autre de celui-ci, la surface linguale est hérissée de fines saillies : ce sont les papilles qui se nomment, par ordre de grosseur, croissant et par nombre décroissant : filiformes, fongiformes, caliciformes.

Les papilles caliciformes ou circum vallé, au nombre de 9 ou de 11, forment le V lingual.

C'est seulement à leur niveau, et à celui des papilles fongiformes que se situent les bourgeons du goût.

On rencontre également, sur cette face, les papilles hémisphériques, les plus petites, situées sur toute l'étendue de la muqueuse linguale.

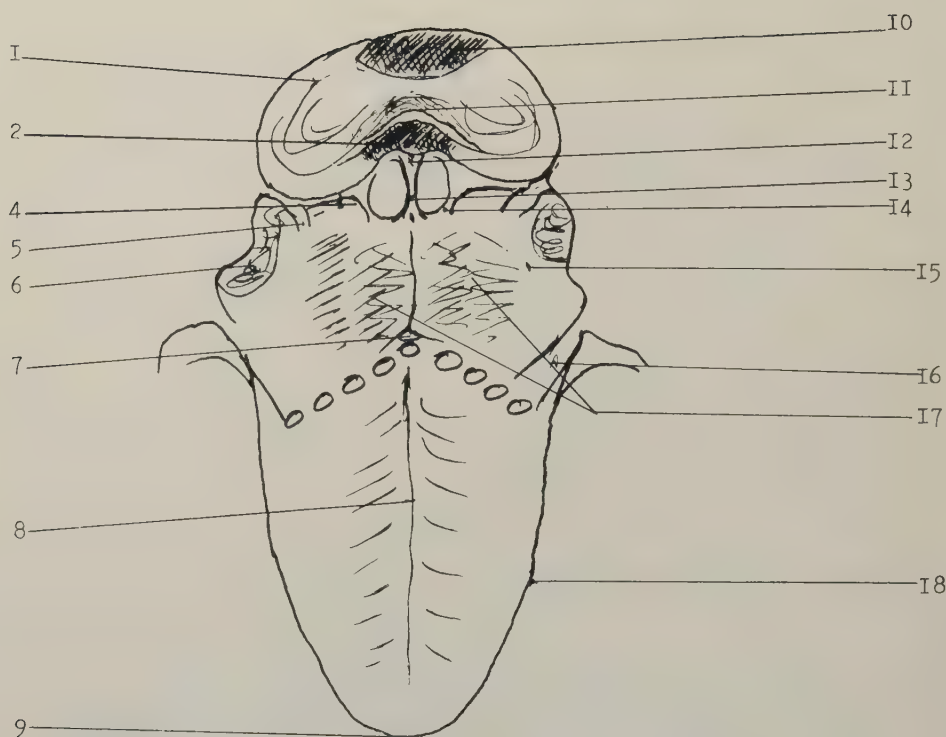


Fig. 5. — Face dorsale de la langue.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1 — Pharynx buccal | 11 — Larynx |
| 2 — Orifice laryngé | 12 — Epiglote |
| 4 — Repli glosso-épiglottique | 13 — Repli glosso-épiglottique médian |
| 5 — Pilier postérieur de l'amygdale | 14 — Repli glosso-épiglottique latéral |
| 6 — Amygdale | 15 — Fossette sous amygdalienne |
| 7 — Punctum caecum | 16 — Pilier antérieur |
| 8 — Sillon médian | 17 — Amygdale linguale |
| 9 — Pointe de la langue | 18 — Bord ou marge de la langue |
| 10 — Œsophage | |

La muqueuse de cette face est épaisse, rugueuse, présentant des fissures plus ou moins profondes. Elle est fortement adhérente au muscle sous-jacent.

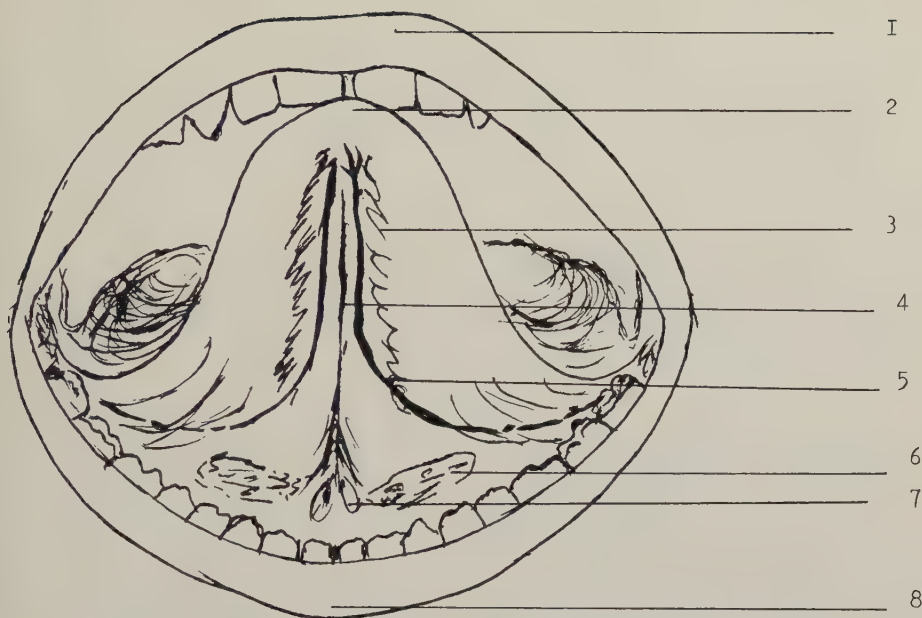


Fig. 6. — Langue : face ventrale.

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1 — Lèvre supérieure | 5 — Veine ranine |
| 2 — Pointe de la langue | 6 — Empreinte des sublinguales |
| 3 — Repli frangé | 7 — Caroncule |
| 4 — Frein de la langue | 8 — Lèvre inférieure |

La face inférieure ou ventrale (fig. 6) est lisse. Elle présente sur la ligne médiane un épaissement : le frein. Ce dernier unit la langue au sillon alvéolingual. Près du frein, on peut voir les orifices d'une petite formation glandulaire située dans l'épaisseur des muscles : la glande de **BLANDIN NUHN**.

De part et d'autre du frein, s'ouvre le canal de **WARTHON** par l'ostium ombilical, qui se trouve au sommet de la caroncule sublinguale. Au-dessus d'elle, s'ouvrent les canaux de la glande sublinguale.

Sur cette face, parallèlement au frein; on aperçoit, par transparence, les veines ranines bordées parfois en dehors par le repli frangé.

La muqueuse pelvilinguale est mince, fine, mais relativement solide, polie, de coloration uniforme; elle se continue par la muqueuse sublinguale et est à rapprocher de la muqueuse des joues et des lèvres. Elle repose sur une sous-muqueuse lâche, lui permettant de glisser sur le plan musculaire sous-jacent.

Les bords : arrondis et lisses, ils répondent à la face linguale des dents. Le long de la partie ventrale de ces bords s'ouvrent les canaux des glandes muqueuses de WEBER. Les papilles foliées occupent la partie postérieure des bords.

L'amplitude des mouvements de la partie mobile de la langue est conditionnée par :

- la capacité d'allongement des muscles;
- la longueur du frein;
- la réserve de muqueuse pelvi-linguale et sublinguale.

VASCULARISATION DE LA LANGUE

I. ARTÉRIELLE : (fig. 7-8-9-10-11)

Des quatre artères qui assurent la vascularisation de la langue, une seule est importante : l'artère linguale. Les trois autres sont accessoires, ce sont : l'artère palatine ascendante, l'artère pharyngienne ascendante, l'artère du nerf lingual.

L'artère palatine ascendante : branche de la faciale, elle gagne l'espace sous-parotidien antérieur en passant sur l'aire amygdalienne. Elle distribue quelques rameaux aux muscles styloglosse, pharyngoglosse et glossostaphylin.

L'artère pharyngienne ascendante naît de la carotide externe sur sa face interne, au niveau de la linguale. Montant sur la paroi pharyngée, elle fournit des rameaux au faisceau lingual du constricteur supérieur du pharynx.

L'artère du nerf lingual : branche de l'artère dentaire ou de l'artère maxillaire interne, accompagnant le nerf lingual, elle donne quelques rameaux à la partie latérale de la langue.

L'artère linguale : c'est elle qui conditionne la forme du lambeau.

a) origine : 2^e branche antéro-interne de la carotide externe, elle s'en détache au niveau du tubercule postérieur de la grande corne de l'os hyoïde ;

b) trajet : de son origine, l'artère se porte en avant, en haut, en dedans, et bien qu'elle présente de nombreuses flexuosités, on peut lui distinguer deux courbures :

- l'une à petit rayon, concave vers le bas ;
- l'autre à grand rayon, concave vers le haut.

c) terminaison : elle se termine sous le nom d'artère ranine, dans la pointe de la langue.



Fig. 7. — Vaisseaux de la langue.

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 — Pointe | 7 — Os hyoïde |
| 2 — Artère ranine (profonde) | A — Veine et artère dorsales de la |
| 3 — Veine ranine (superficielle) | langue |
| 4 — Hyoglosse | B — Tronc thyrolinguopharyngofacial |
| 5 — Artère et veine sublinguales | C — Jugulaire interne |
| 6 — Mandibule | D — Carotide externe |

Dans son trajet, l'artère linguale traverse quatre régions : la région hyocarotidienne, la région sous-maxillaire, la région sublinguale et la région linguale.

— *la région hyocarotidienne* : l'artère linguale prend naissance dans cette région, de la carotide externe, à 1 cm au-dessus de la thyroïdienne supérieure et à 0,5 cm au-dessous de la faciale. Elle décrit une courbure à concavité inférieure qui pénètre dans la région sous-maxillaire après avoir donné l'artère sous-hyoïdienne.

Elle rentre en rapport avec tous les éléments de l'espace bicarotidien.

— *la région sous-maxillaire* : Située dans la paroi interne de la loge, en dedans du muscle hyoglosse, l'artère linguale

décrit sa courbure à concavité supérieure, rentre en rapport avec les éléments de la loge et donne les rameaux dorsaux de la langue qui montent en dedans du hyoglosse; puis ils se distribuent au muscle et à la muqueuse de la base de la langue suivant une direction transversale.

— Classiquement, le plus long et le plus volumineux des rameaux prend le nom d'artère dorsale de la langue : elle monte verticale sous l'hyoglosse et entre les faisceaux du styloglosse. Elle se termine en se ramifiant dans le muscle et la muqueuse au voisinage des papilles caliciformes.

Rarement, elle s'unit à son homonyme pour former l'artère azygos de la langue, qui se termine au niveau du trou borgne.

— Actuellement, d'après les travaux de COMBELLES, CADENAT, Thèse CLOUET, les artères dorsales de la langue peuvent être classées en trois groupes : artères dorsales supérieure, moyenne et inférieure. Les deux premières naissent d'un tronc commun :

- la dorsale supérieure présente une direction sagittale en haut et en dehors;
- la dorsale moyenne à direction transversale s'anastomose avec son homologue dans le plan sous-muqueux;
- la dorsale inférieure est en fait, le plus souvent constituée de deux artères : l'une transversale parallèle à la dorsale moyenne. L'autre sagittale parallèle à la dorsale supérieure et s'anastomosant avec son homonyme.

— *la région sublinguale* : En quittant le bord antérieur du hyoglosse, l'artère linguale prend le nom d'artère ranine après avoir donné l'artère sublinguale. Elle entre alors en rapport avec les éléments de la loge.

— *Dans la langue* : l'artère linguale sous le nom d'artère ranine, chemine profondément dans l'interstice compris entre le génioglosse et le lingual inférieur en décrivant de nombreuses flexuosités. Elle entre en rapport avec les branches terminales du nerf grand hyoglosse et, par l'intermédiaire du lingual inférieur, avec les branches terminales du nerf lingual.

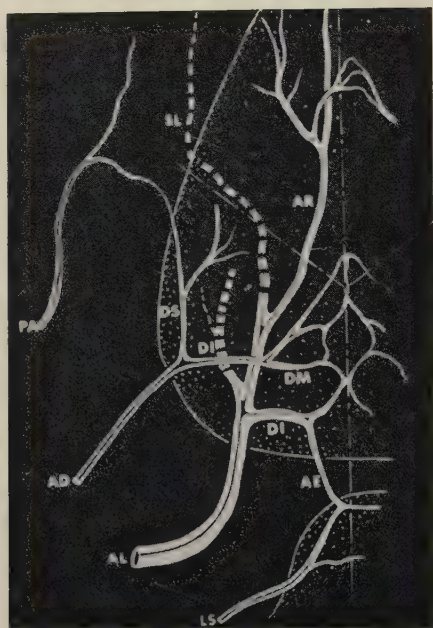


Fig. 8.

Disposition schématique des branches de l'artère linguale au niveau de la langue.

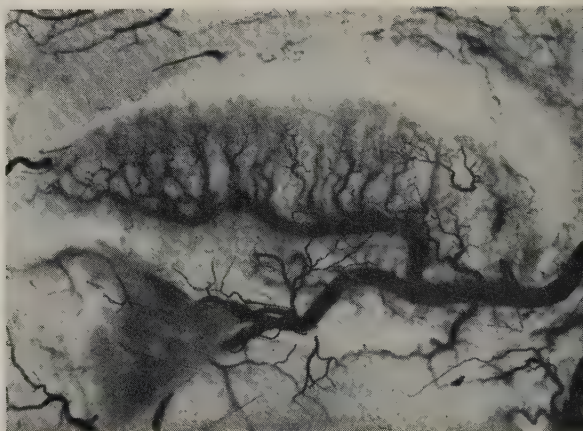


Fig. 9.

Vue sagittale de la langue après injection vasculaire et diaphanisation.

Au niveau de la pointe de la langue, elle donne (COMBELLES, CADENAT, Thèse CLOUET) :

a) 10 à 12 collatérales, représentées par des artères en chandeliers, qui se dirigent en avant, en dehors suivant une direction longitudinale (fig. 9).

Elles donnent elles mêmes :

- des rameaux en pas de vis formant un vaste éventail à destinées musculaire et muqueuse. Les fines branches sous-muqueuses sont anastomosées entre elles et avec celles du côté opposé ;
- des rameaux descendants moins nombreux pour la muqueuse inférieure.

b) des collatérales internes, musculaires, dont la terminaison correspond au septum lingual et qui ne traverse pas la ligne médiane.



Fig. 10.

supérieure. Radiographie après injection de produit de contraste.

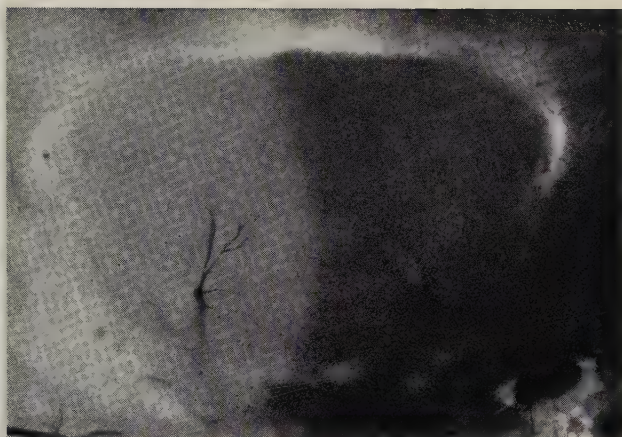


Fig. 11.

Coupe frontale de la langue après injection vasculaire et diaphanisation.

Photos aimablement prêtées par le service du Pr CADENAT

L'artère ranine peut s'anastomoser avec son homonyme pour former l'arc ranin.

Anastomose : L'artère linguale donne des anastomoses contro et homo-latérales.

controlatérales : superficielles sous-muqueuses par l'arc ranin, l'artère du frein, l'artère dorsale de la langue.

— il n'existe pas d'anastomose profonde : les artères musculaires ne s'anastomosent pas avec celles du côté opposé (d'après SALMON).

De plus, il existe une ligne médiane avasculaire contrastant avec la richesse vasculaire du plexus anastomotique sous-muqueux.

Homolatérales :

- a) entre elles : — les collatérales ranines s'anastomosent avec celles du territoire dorsal.
 - les collatérales d'un territoire s'anastomosent entre elles. Les anastomoses sont surtout sous-muqueuses.
- b) avec les artères de la langue : — palatine ascendante
 - pharyngienne ascendante
 - artère du nerf lingual ;
- c) avec les autres branches de la carotide externe :
 - thyroïdienne supérieure (par le rameau sous-hyoïdien épiglottique)
 - faciale (par le rameau trans-mylohyoïdien).

L'étude de COMBELLES et CADENAT (Thèse CLOUET) montre donc toute l'importance de la vascularisation et des voies de suppléance. Elle autorise la taille de lambeaux dorso et margino-lingaux à pédicule antérieur.

II. VEINEUSE :

a) Réseau d'origine :

Les veines naissent d'un plexus profond situé dans l'épaisseur des muscles, et d'un plexus superficiel particulièrement développé au niveau de la pointe de la langue.

b) Veines efférentes :

Les réseaux veineux se drainent par trois voies principales et trois voies de moindre importance.

— veines principales :

- Les veines linguales profondes : au nombre de 2 ou 3, elles accompagnent l'artère linguale ;
- la veine linguale superficielle : d'abord appelée veine ranine, elle descend superficiellement de chaque côté du frein, puis devient satellite du XII ;
- les veines dorsales : elles sont satellites des artères du même nom.

Ces trois veines se réunissent et se jettent dans la jugulaire interne : soit directement, soit par l'intermédiaire du tronc thyrolinguopharyngofacial.

— veines accessoires :

- Ce sont : — les veines satellites du nerf lingual
- les veines satellites du glossopharyngien
 - les veines satellites du canal de WHARTON.

III. LYMPHATIQUES :

De peu d'intérêt pour cette étude, ils sont constitués

- d'un réseau d'origine : musculaire profond,
muqueux superficiel ;
- de vaisseaux collecteurs : apicaux, marginaux antérieurs, marginaux postérieurs, centraux et basaux, qui se drainent réciproquement dans les ganglions :
 - sous-mentaux et sus-omohyoïdiens,
 - sous-digastriques, du tronc thyrolinguopharyngofacial, sous-maxillaire préglандаire,
 - sous-digastrique,
 - sous-digastrique et sous-maxillaire (pré-vasculaire).
 - sous-digastrique : homo ou contolatéral.

INNERVATION

La langue possède une triple innervation :
Motrice - sensitive - sensorielle.

I. MOTRICE :

Le nerf grand hypoglosse assure l'innervation de chacun des muscles de la langue. Il se divise en ses branches terminales lorsqu'il croise le bord antérieur de l'hyoglosse (c'est-à-dire de la loge sublinguale). Il n'y a donc aucun risque chirurgical à le léser au niveau de la pointe de la langue. Par ailleurs, il comporte des fibres sympathiques.

Le nerf facial donne le rameau lingual qui s'anastomose avec le nerf glossopharyngien et innerve le styloglosse et le glossostaphylin.

II. SENSITIVE :

Le 1/3 postérieur est innervé par le nerf glossopharyngien (sauf la partie juxtaépiglottique qui est innervée par le laryngé supérieur). Les 2/3 antérieurs sont innervés par le nerf lingual.

Ce dernier chemine *superficiellement* dans la gouttière sublinguale après avoir croisé par en dehors, en dessous, et en dedans, le canal de WHARTON. Il se divise dans la loge sublinguale en ses branches terminales qui se terminent au niveau des faces latérales et de la *face inférieure de la portion mobile de la langue* : ainsi qu'aux 2/3 antérieurs de la face dorsale de la langue.

III. GUSTATIVE :

La transmission des sensations gustatives du 1/3 postérieur est assurée par le IX. Pour les 2/3 antérieurs, elle est assurée par le lingual, servant de support aux filets nerveux provenant de la corde du tympan.

Il est rappelé ici que la face ventrale de la pointe de la langue ne supporte pas les papilles du goût.

PHYSIOLOGIE

La langue possède deux grandes fonctions physiologiques :

- d'une part elle possède un rôle important dans la fonction digestive ;
- d'autre part, elle permet à l'individu de communiquer avec ses semblables.

I. ROLE DANS L'APPAREIL DIGESTIF :

a) La langue porte les papilles du goût qui, avec l'odorat et la vue, permettent d'apprécier tel ou tel aliment.

Ces papilles reconnaissent quatre caractères essentiels :

- le sucré
- le salé
- l'amer
- l'acide.

Les influx provenant de ces papilles et de la muqueuse linguale sont le point de départ d'un arc réflexe qui se réfléchit au niveau du noyau salivaire supérieur, inférieur et viscéromoteur, et gagne entre autre la majeure partie des glandes de l'appareil digestif (notamment les glandes salivaires).

b) La langue sert également à la préhension des aliments. C'est un rôle moins développé chez l'homme que chez certains animaux (tapir).

c) La langue répartit et maintient les aliments, aidée en cela par le buccinateur, entre les arcades dentaires. Les aliments peuvent être ainsi broyés.

d) Enfin, la langue chasse en arrière le bol alimentaire qui sera déglutit. Ce temps est essentiellement assuré par la base de la langue, alors que la pointe se porte au palais. Il est à noter encore, que la pointe de la langue joue un rôle

primordial dans l'autonettoyage buccal. Grâce à ses mouvements, elle permet d'éliminer les débris alimentaires nocifs pour l'avenir des dents.

II. ROLE DANS LA PHONATION :

La langue est un des composants qui modulent les sons émis par le larynx. Ces derniers sont produits par le passage de l'air à travers les cordes vocales. Les sons ainsi modulés deviennent compréhensibles aux autres humains, et ceci d'une façon différente pour chaque langage et pour chaque phonème.

En français : la langue intervient surtout, par exemple, pour les lettres : D - P - T - L - N - S, etc. CHE - JE. Cette modulation se fait grâce à la mobilité des 2/3 antérieurs de la langue.

D'autre part, au cours de la croissance du massif facial, la langue influence l'esthétique du visage. En effet, une déglutition de type infantile conservée jusqu'à un âge avancé pourra provoquer une proalvéolie. De même, une macroglossie pourra entraîner une béance incisive ou une infraclusie molaire. Une microglossie ou une hypotonie linguale entraînera parfois une rétroalvéolie incisive.

Toutes ces anomalies entraînent une modification du profil, de l'articulé, et retentissent indéniablement sur le psychisme de l'individu et sur la fonction physiologique de l'articulation temporo mandibulaire. Il faut donc tenir compte de ce fait lorsque l'on intervient chez un enfant.

*
* *

Cette étude générale montre les avantages indéniables de la langue :

- mobilité
- vascularisation très bien assurée et terminale
- innervation terminale
- ayant des rapports anatomiques de continuité ou de contiguité avec les parois buccales
- possédant un réservoir musculaire conséquent.

L'avantage incontestable de la muqueuse pelvilinguale sur la muqueuse dorsale est imposé :

- par sa qualité (lisse et résistante)
- par sa couleur
- par l'absence de papilles
- par sa non adhérence au plan sousjacent.

De plus, l'étude des pertes de substance linguale des glossectomies médianes pratiquées en orthodontie montre la très grande capacité de récupération fonctionnelle de la langue.

Néanmoins, l'intégrité de toutes ses fonctions doit être préservée au maximum.

*
* *

**FORME ET TECHNIQUE CHIRURGICALE
DU PRÉLÈVEMENT LINGUAL**

I. FORME

Le lambeau lingual peut être — dorsal

— marginal

— ou prélevé à la face inférieure de la langue.

Sa forme est conditionnée par l'anatomie et surtout par la vascularisation linguale.

dorsal : (fig. 12) s'il est situé

— en arrière du V lingual le lambeau est branché sur les artères dorsales (à direction transversale à ce niveau), son pédicule est donc externe ;

— en avant du V lingual, le lambeau est :

soit branché sur l'artère ranine ; dans ce cas, son pédicule est postérieur,

soit branché sur l'arc ranin, son pédicule est alors antérieur.

Le prélèvement se fait :

1) sur la partie médiane du dos de la langue, à pédicule antérieur (GUERRERO SANTOS) ;

2) sur le tiers médian du dos de la langue, en anse de seau, avec un double pédicule implanté sur les bords (BAKAMJIAN) ;

3) latéralement, au dos d'une héli-langue (BAKAMJIAN).

En raison de la richesse du plexus artériel anastomotique sous-muqueux, la taille du prélèvement lingual peut dépasser la ligne médiane. Cette augmentation de longueur permet la mise en place de lambeau sans traction et sans torsion (CADENAT).

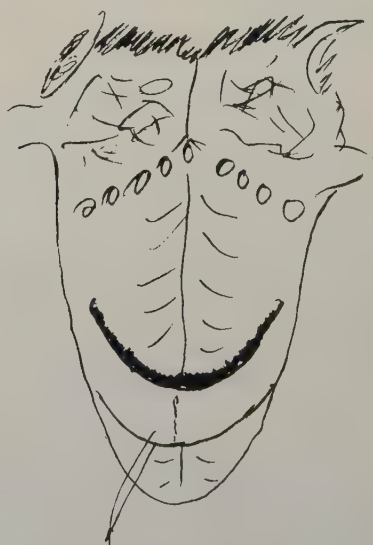
Fig. 12. — Lambeaux dorso-linguaux.



a) lambeau latéralisé à pédicule postérieur dépassant la ligne médiane.

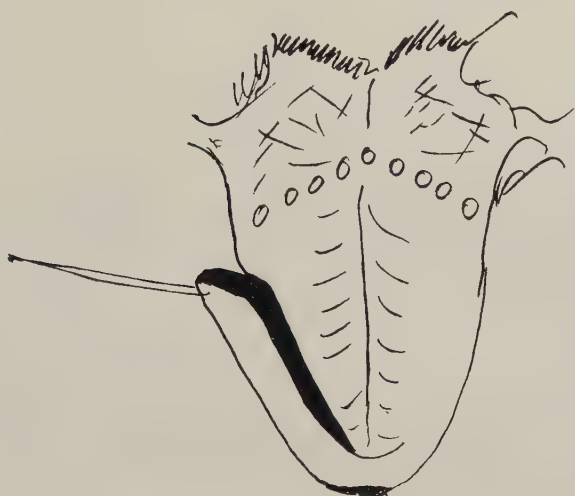


b) lambeau median à pédicule antérieur

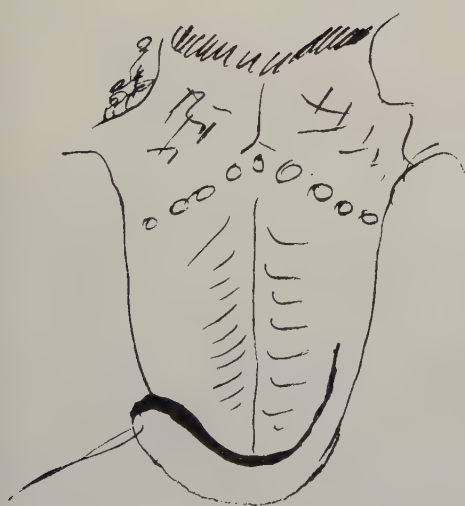


c) lambeau en anse de seau.

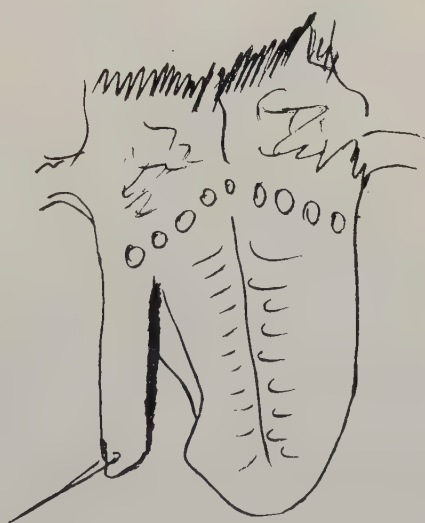
Fig. 13. — Lambeaux marginaux.



a) lambeau latéral à pédicule antérieur.



b) lambeau taillé au dépens de la pointe.



c) lambeau latéral à pédicule postérieur.

JACKSON, également, insiste sur la nécessité d'avoir un lambeau d'une grande longueur afin d'éviter les tractions sur le pédicule et permet de ne pas fixer la langue.

marginal (fig. 13) : Le pédicule peut être :

- antérieur (cas le plus fréquent),
- postérieur,
- décalé, afin de se trouver sur la face dorsale ou la face ventrale de la langue.

Le prélèvement se fait :

- sur le pourtour de la pointe, le pédicule étant controlatéral (BAKAMJIAN),
- sur le bord latéral proprement dit,
- antérieurement et latéralement.

pelvi-lingual (fig. 14) (GOSSEREZ, STRICKER) : Longitudinalement, il est circonscrit par deux incisions parallèles à l'axe de la langue. Son pédicule d'implantation postérieure doit être suffisamment large par sécurité. Le lambeau est composé de la muqueuse pelvilinguale et d'une couche musculaire sous-jacente plus ou moins importante, mais toujours présente, il peut être :

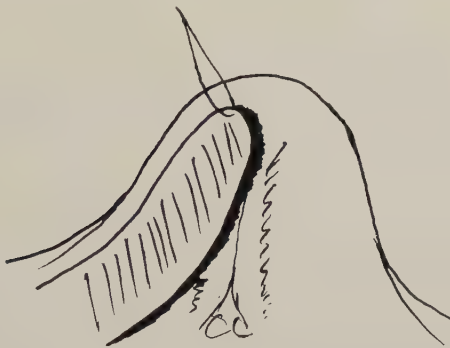
- unilatéral,
- bilatéral,
- ou en pont, à pédicules toujours postérieurs, la partie médiane étant prélevée au-dessus des caroncules. De même, grâce à la richesse anastomotique superficielle, un lambeau unilatéral peut dépasser la ligne médiane.

Mais la situation postérieure du pédicule du lambeau pelvilingual représente un inconvénient, en partie compensé par la laxité des tissus pelvibucaux.

Il faut citer également, l'utilisation de lambeaux inférieurs, à pédicule antérieur décrite par JACKSON.

Enfin, il faut signaler l'utilisation de lambeaux dits à pédicule permanent par les auteurs anglosaxons. Ils sont surtout employés en cancérologie, et servent de couverture

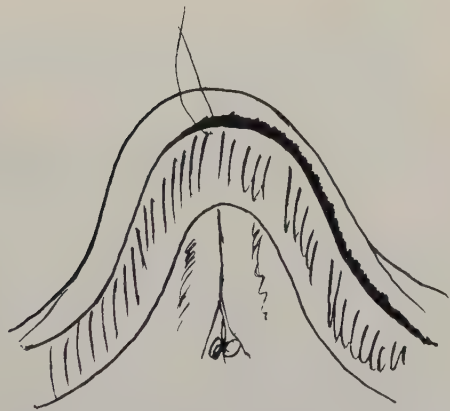
Fig. 14. — Types de lambeaux pelvilinguaux.



1 — *Unilatéral.*



2 — *Bilatéral.*



3 — *En pont : arciforme.*

immédiate. Ils ont le désavantage de limiter la mobilité de la langue.

Le choix de la forme du lambeau se fait d'après l'importance de la perte de substance à combler. La taille se fait sans préparation préalable, directement, car il n'y a aucun risque de nécrose si sa base d'implantation et son assise musculaire sont suffisantes.

Toutefois, GOSSEREZ et STRICKER préfèrent utiliser pour des raisons de sécurité, en dépit de la bonne vascularisation et afin d'éviter les tractions extrêmement nocives :

— Les lambeaux dorsaux et margino-lingaux à pédicule antérieur.

— Les lambeaux pelvi-lingaux à pédicule postérieur.

II. TEMPS OPÉRATOIRE :

Après mise en état de la bouche :

— 1. L'acte opératoire se fait sous anesthésie locale ou générale. L'anesthésie générale augmente le confort du malade et du chirurgien. L'intubation nasale est nécessaire avec mise en place d'un patching au fond de la cavité buccale. L'anesthésie locorégionale doit être précédée d'une prémédication adaptée.

— 2. La langue est maintenue en traction par deux ou trois fils transfixiants, robustes (crinercé).

— 3. Dans certains cas, une infiltration locale favorise la taille du lambeau.

— 4. Cette dernière se fait suivant les modalités décrites plus haut.

— 5. L'hémostase linguale soigneuse est faite à l'aide de ligatures au catgut fin ou de l'électrocoagulation qui ne doit pas être trop forte et doit éviter les bords de la muqueuse.

— 6. La plaie linguale ainsi créée est suturée en un ou deux plans dans la mesure du possible.

— 7. Le lambeau, par sa partie libre est suturé aux

berges avivées de la plaie muqueuse à combler :

— soit directement,

— soit après une torsion ou une rotation très douce de telle sorte que son revêtement muqueux regarde la cavité buccale. Il ne doit pas subir de traction, ni de section par les dents.

Cette suture se fait par des points séparés, à la soie. Les bords du lambeau et de la plaie à combler doivent affronter au maximum. Le volume de l'assise musculaire doit correspondre ou être légèrement supérieur au volume de la perte de substance. Ceci, dans des limites raisonnables.

— 8. Les fils tracteurs sont sectionnés. La langue, d'après José GUERRERO SANTOS doit être fixée rigoureusement, afin d'éviter toute traction intempestive sur le lambeau.

Il utilise trois techniques pouvant être employées simultanément :

- des broches de KIRCHNER transsangolo mandibulaires immobilisent la base de la langue ;
- des lambeaux latéraux, supplémentaires, fixent la pointe de la langue ;
- la pointe peut être fixée également à la lèvre et à l'arcade dentaire supérieure.

En fait, ce dernier mode de fixation paraît suffisant.

Dans certains cas, d'ailleurs, la langue n'est maintenue que par son lambeau lingual.

Enfin, il faut signaler que la langue peut être maintenue fixe par un fil tracteur attaché à l'extérieur de la bouche. Mais, ceci ne se fait plus guère.

— 9. Dans certaines régions (la lèvre, par exemple) il peut exister une perte cutanée associée. Dans ce cas, celle-ci devra être comblée par un autre procédé (greffe ou lambeau cutané) soit avant, soit dans le même temps opératoire.

SUITES OPÉRATOIRES :

— L'anesthésiste doit surveiller particulièrement le réveil du malade afin d'éviter les vomissements, les réflexes nauséux trop importants.

— Le patient est mis sous couverture antibiotique et antiinflammatoire. Il reçoit une alimentation liquide ou semi-liquide et des antalgiques si besoin.

— Les hémorragies secondaires et les hématomes (susceptibles de décoller le lambeau) sont évités par l'hémostase soigneuse pratiquée au cours de l'opération.

— La phonation, possible, est contre-indiquée.

— L'inconfort du malade, comparable à celui provoqué par une cheiloplastie hétérolabiale, est facilement supportée, du moins pour les patients coopérants.

— La surveillance de la vitalité du lambeau est faite régulièrement.

— L'hygiène buccale doit être soigneuse.

— Le lambeau est sevré après une période de quinze jours à trois semaines. Il peut être alors allongé si les besoins le demandent.

— La plaie opératoire linguale, si elle a été imparfaitement suturée, s'épithélialise sans problème, secondairement.

— On peut également entreprendre un remodelage de la langue.

III. LES SUITES LOINTAINES :

Pour la langue, la mutilation est minime et n'altère pas les fonctions de la langue.

— Un examen phonétique, pratiqué avant l'opération et après, peut montrer quelques troubles de la phonation, mais ces derniers sont toujours transitoires et n'intéressent que quelques phonèmes.

— L'alimentation n'est absolument pas perturbée. La constitution du bol alimentaire et le temps buccal de la déglutition sont normaux.

— La sensation gustative n'est pas modifiée.

— Il existe quelquefois des dysesthésies linguales mais elles disparaissent précocement.

— Une atteinte esthétique de la langue est certaine. Mais, étant un organe intrabuccal dissimulé à la vue, cet inconvénient est minime.

Pour le lambeau,

— si la technique chirurgicale a été rigoureuse,

— si le terrain receveur est bien vascularisé,

la reprise du lambeau est assurée. Il doit néanmoins être surveillé. Son réajustage et son modelage sont nécessaires. Ils sont faits au cours du deuxième temps opératoire et ultérieurement.

*
* *

INDICATIONS

Elles sont fonction de quatre facteurs : la distance, l'étendue, la situation et l'étiologie, de la perte de substance.

I. LA DISTANCE :

La mobilité de la langue permet d'apporter le matériel de remplacement là où il est demandé, dans la cavité buccale.

De plus, le fait de pouvoir prendre relai sur la joue augmente encore la possibilité d'utilisation de ces lambeaux.

La distance n'entraîne donc aucune contre-indication à son utilisation.

II. L'ÉTENDUE :

La surface du lambeau est circonscrite dans les limites anatomiques de la langue.

Toutefois :

1. l'association de lambeaux pelvilinguaux avec d'autres lambeaux linguaux (marginiaux ou dorsaux),

2. l'association de tels lambeaux avec d'autres prélèvements muqueux (jugaux, vestibulaires) permettent là aussi d'augmenter les possibilités (classiquement, il est possible de prélever les 2/5 environ de la langue sous réserve de ne pas atteindre le V lingual et de respecter l'innervation motrice).

III. LA SITUATION :

Les lambeaux linguaux peuvent être utilisés pour le remplacement de pertes de substance muqueuse, au niveau de toute la région endobuccale et même des lèvres rouges.

IV. L'ÉTIOLOGIE :

Quelle que soit l'étiologie entraînant une perte de substance dans les régions précitées, il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation de ces lambeaux.

Les étiologies sont de trois ordres : congénitales, traumatiques et thérapeutiques.

— Congénitales :

Les fentes labiales et les divisions palatines dominent ce chapitre.

a) La réparation primaire des fentes labiales est laissée à des procédés spéciaux prévus pour obtenir de bons résultats cosmétiques, compatibles avec la croissance de l'enfant.

Les difformités secondaires : — entailles

— asymétrie

— vermillon court et tendu

peuvent être corrigées par la technique des lambeaux linguaux.

b) La reconstitution de la muqueuse au niveau de la division palatine ou du voile, peut se faire par de tels lambeaux.

— Traumatiques :

Les lambeaux pelvilinguaux sont également utilisés pour la réparation immédiate des plaies :

— par morsure de chien

— par brûlure électrique ou autre

— par transfixion

— délabrantes dans les tentatives d'autolyse

— étendues dans les accidents de la route.

Ils peuvent également servir à la couverture de foyer de fractures ouvertes.

Ils sont employés aussi dans la correction de séquelles traumatiques.

— Thérapeutiques :

Ce chapitre est dominé par la cancérologie.

Les lambeaux, n'interviennent en aucune façon, dans le traitement curatif du cancer. Il n'influence pas non plus son pronostic. Au contraire, ils sont utilisés dans la tentative de reconstitution plastique de la plaie opératoire. Cette dernière, peut être due :

— au traitement chirurgical ;

— à l'électrocoagulation : dans ce cas, une recoupe autour du cratère d'électrocoagulation est nécessaire afin de découvrir une zone cruentée et vivante (GUILBERT).

Les lambeaux peuvent servir également au recouvrement d'un greffon osseux ou d'une endoprothèse exposée, de vaisseaux mis à nu (CONLEY & Col.).

Dans un deuxième temps, ils peuvent :

1. *corriger* :

— des séquelles de radiothérapie (de type nécrose, par exemple),

— des brides cicatricielles très gênantes dans certaines localisations : — commissures intermaxillaires (MCGREGOR),

— plancher de la bouche ;

2. *améliorer l'esthétique du visage*.

Toutes les tumeurs malignes peuvent se voir au niveau de la bouche ; mais les plus fréquentes sont :

— les carcinomes : épidermoïdes
glandulaires,

— les sarcomes : ostéosarcomes
lymphosarcomes,

— les mélanomes malins

— les états précancéreux : — à très grande probabilité d'aboutir à un cancer vrai (maladie de BOWEN) (érythroplasie),

— à grande probabilité :
oral florid papillomatosis ; mélanose de DUBREUILH ;
xéroderma pigmentosum ; dysplasie pré-épithéliomateuse ;
— ou à faible probabilité,
mais dont l'aspect clinique subit une transformation :
(kératose-lichen ; stomatite congestive chronique.)

L'étiologie des communications buccosinuses ou bucconasales peut être diverse, mais les causes les plus fréquentes sont, les divisions palatines mises à part, l'extraction des dents antrales, le curetage de kyste du maxillaire supérieur et l'exérèse de dent incluse.

Les lambeaux peuvent intervenir dans la fermeture de cette fistule lorsque tout danger d'infection est écarté.

De fait, les indications sont très étendues et sont fonction surtout de l'habileté et de l'ingéniosité du chirurgien.

*
* *

**UTILISATION ACTUELLE
DES LAMBEAUX LINGUAUX
AUTRES PROCÉDÉS ET DISCUSSION
SUIVANT LA LOCALISATION**

Dans ce chapitre, nous comparons les avantages et les inconvénients de l'utilisation des lambeaux linguaux avec les autres procédés plastiques mis à la disposition du chirurgien, pour le remplacement d'une perte muqueuse endobuccale.

Puis dans un deuxième temps, une étude comparative est faite entre les lambeaux pelvilinguaux et les autres lambeaux de langue (marginiaux et dorsaux).

Enfin pour terminer, il est donné un aperçu du choix judicieux du procédé à utiliser suivant le lieu de la perte de substance à combler.

I. AUTRES PROCÉDÉS

A - Les lambeaux cutanés ne sont employés que :

- lorsque les délabrements sont tels, que tout apport muqueux par lambeaux (linguaux ou autres) est insuffisant ;
- ou lorsque la muqueuse buccale et linguale est elle-même altérée ou inutilisable.

Au niveau de la bouche, ces procédés sont donc imposés par les circonstances. Lorsque le choix est possible, les lambeaux muqueux sont préférés.

Un fait est également à noter : il se crée avec le temps une métaplasie au niveau des greffons cutanés ; à tel point par exemple, que la greffe obturant une volumineuse communication buconasale chez un patient du service, présentait après un recul de 15 ans, une identité complète avec la muqueuse avoisinante.

B - Les greffes dermo-épidermiques sont utilisées dans les vestibuloplastie ; mais leur résultat fonctionnel est conditionné par le port précoce d'une prothèse dentaire.

C - Les autres lambeaux muqueux :

Ils peuvent être : — jugaux
— labiaux
— vestibulaires
— palatins.

La muqueuse des trois premiers est fragile et sujette à des déchirures fréquentes.

La forte adhérence de la muqueuse palatine empêche la réalisation de lambeaux très mobiles.

Tous n'ont pas suffisamment de vigueur circulatoire pour être traités, sans problème et en toute sécurité, sous forme de lambeaux pédiculés. Ils doivent faire l'objet de processus opératoires rigoureux, et leur pédicule d'implantation doit être aussi large que possible.

Ils ne présentent pas, dans bien des cas, une épaisseur suffisante, entraînant alors des défauts au niveau de la restauration.

De plus, le prélèvement de tels lambeaux entraîne des cicatrices qui peuvent être gênantes si la surface prélevée est conséquente. Il peut entraîner :

- des rétractions,
- des limitations de l'ouverture buccale, par exemple.

Par contre, les cicatrices au niveau de la langue sont peu gênantes et d'autre part, comme nous l'avons déjà signalé, la vitalité du lambeau lingual est pratiquement assurée. De même, son épaisseur peut être choisie sur demande grâce à l'assise musculaire.

Ils sont aussi ; — pharyngés,

— ou prélevés aux dépens de la muqueuse nasale. Leur utilisation est alors réservée à des cas bien précis.

D - Les greffes muqueuses :

Leur reprise est aléatoire. C'est un procédé qui est écarté, dans la mesure du possible, au profit des lambeaux.

Elles sont utilisées par exemple, dans les corrections des cicatrices vestibulaires.

Il faut reconnaître ici, un excellent résultat plastique obtenu avec les prélèvements muqueux vulvaires.

II. COMPARAISON ENTRE LAMBEAUX PELVILINGUAUX ET LES AUTRES LAMBEAUX DE LANGUE :

Les lambeaux dorsaux et marginolinguaux présentent quelques désavantages dus :

En premier lieu, à la composition de la muqueuse dorsale.

En effet, celle-ci supporte de nombreuses papilles absentes de toutes les autres muqueuses buccales.

De plus, épaisse, rugueuse, elle présente de nombreuses fissures.

Il existe donc une différence visible entre le greffon et la muqueuse avoisinante, comme le montre certaines photos. Toutefois, il faut reconnaître que les papilles disparaissent avec le temps, atténuant cette différence.

De même, les cicatrices linguales sont plus visibles. Elles peuvent entraîner une asymétrie marquée.

Par contre, la muqueuse pelvilinguale, de meilleure qualité, est très voisine du point de vue anatomique, de la muqueuse labiale, par exemple. Les cicatrices sont sur cette face ventrale peu visibles. Mais, la prise de tels lambeaux demande un peu plus d'habileté de la part du chirurgien, et leur position ventrale ne favorise pas leur acheminement en certains endroits (au niveau du palais, par exemple), entraînant, dans certains cas, une traction sur le pédicule ou un risque de morsure.

En fait, c'est le lieu de la perte de substance qui influence le chirurgien pour le choix du lambeau.

III. LA SITUATION DE LA PERTE DE SUBSTANCE :

A) LES LÈVRES

Seule, la lèvre rouge dans sa totalité muco-musculaire est intéressée par de tels lambeaux. La réfection de la lèvre blanche se fait par d'autres procédés tels que :

- plastie de glissement,
- lambeau nasogénien,
- lambeau à distance de DUFORMENTEL,
- greffe de peau totale, etc.

Au niveau des lèvres, deux cas doivent être distingués : pertes de substances n'excédant pas une hémilèvre et pertes de substances plus importantes.

Dans les pertes de substances n'excédant pas une hémilèvre :

L'utilisation de lambeaux pelvilinguaux, ou dorsaux ou marginaux engendrent quelques inconvénients.

La muqueuse linguale, habituellement protégée dans la cavité buccale, ayant peu de contact avec l'agressivité de l'air ambiant (ultraviolets, poussière, température, etc.) trouve au niveau de la lèvre, une exposition inhabituelle qui la malmène quelque peu, entraînant la constitution d'une pellicule de desquamation dont l'aspect esthétique est peu seyant.

D'autre part, la sensible différence de coloration et de texture de la muqueuse dorsolinguale fait percevoir l'existence d'une pièce rapportée au niveau de la lèvre. Mais cela n'est pas valable pour les lambeaux pelvilinguaux.

Pour ces raisons et dans ce cas, les lambeaux linguaux sont délaissés actuellement au profit des lambeaux hétérolabiaux pédiculés sur l'artère coronaire, d'ESTLANDER, ABBE par exemple.

A ce niveau, on peut aussi préférer le lambeau homolabial.

De toutes façons, il est évident que la réparation d'une lèvre ne doit pas correspondre à la destruction d'une autre lèvre, ni au rétrécissement de l'orifice buccal.

Dans les pertes de substances plus importantes :

La plupart du temps la perte de substances respecte les commissures labiales.

L'utilisation de lambeaux de langue est tout à fait indiquée. Ils représentent *le matériau* pour reconstituer la lèvre rouge.

a) Au niveau de la *lèvre supérieure* ; l'esthétique prédomine. La lèvre doit retrouver :

- sa forme en arc de Cupidon, harmonieuse, équilibrée
- sa mobilité
- son galbe.

Les lambeaux dorsolinguaux ou marginolinguaux peuvent être utilisés malgré l'apport de papilles et l'apparition ultérieure d'une pellicule de desquamation.

Le lambeau pelvilinqual est choisi, malgré quelques difficultés techniques, pour les qualités incontestables de sa muqueuse. Il est unipédiculé ou arciforme bipédiculé. Mais la mise en place de tels lambeaux fait courir au pédicule le risque : — de morsure,
— de traction.

Le lambeau dorsolingual désépithélialisé de GUERRERO SANTOS peut être très intéressant pour étoffer un tubercule labial et projeter en avant le bourgeon médian, dans les séquelles labiales de fente bilatérale.

Il est également possible d'associer un lambeau de langue avec des lambeaux jugaux, par exemple.

Leur sont parfois préférés : les lambeaux musculaires vestibulaires de GUERRERO SANTOS, permettant d'étoffer la lèvre.

b) Au niveau de la *lèvre inférieure*, la fonction prime

sur l'esthétique. La lèvre sert de rempart au flux salivaire, il faut donc fournir :

- une hauteur suffisante, assurée par l'apport cutané,
- une tonicité adéquate, quelquefois assurée par l'adjonction d'un cartilage de conque,
- un vestibule profond et libre.

La réfection du bord rouge et du vestibule peut être assurée par le lambeau pelvilingual, situé immédiatement en regard de cette lèvre.

Une question particulière doit être soulevée pour la restauration des lèvres chez l'enfant : « A quel âge peut-on utiliser de tels lambeaux ? ».

Là encore, le souci principal du chirurgien est la prise du lambeau.

Il faut donc éviter les deux accidents déjà décrits : la morsure et la traction du lambeau.

Aussi une réparation précoce avant l'apparition de la dentition peut être envisagée mais l'âge correspondant à la chute des dents lactéales représente la période favorable. Plus âgé, l'enfant pose moins de problème et comprend plus facilement la nécessité d'une telle plastie.

OBSERVATION N° 1

Madame G... Marie-Louise, 54 ans (fig. 15) :

Etiologie : Morsure de chien, à l'hémi-lèvre inférieure gauche entraînant : une perte de substance de la lèvre rouge empiétant largement sur la surface exposée et le bord vermillon atteint en profondeur l'orbiculaire (1,5 à 2 mm).

Le 26-11-64 : Sous anesthésie locale,

— taille d'un lambeau pelvilingual gauche unipédiculé, ajusté d'emblée.

suture de la zone de prélèvement

ajustement du lambeau à la perte de substance ;

— comblement du discret défaut cutané par une greffe de peau totale prélevée au pli du poignet droit.

Le 19-12-64 :

— sevrage du lambeau,

— reposition de la perte proximale du lambeau lingual. Surfaçage de la lèvre.

2 mois plus tard, le même accident se reproduit à l'hémi-lèvre droite. La même lésion traitée par la même technique donne un résultat semblable.

Il est à noter que l'utilisation de ce même procédé a été réclamé par la patiente.

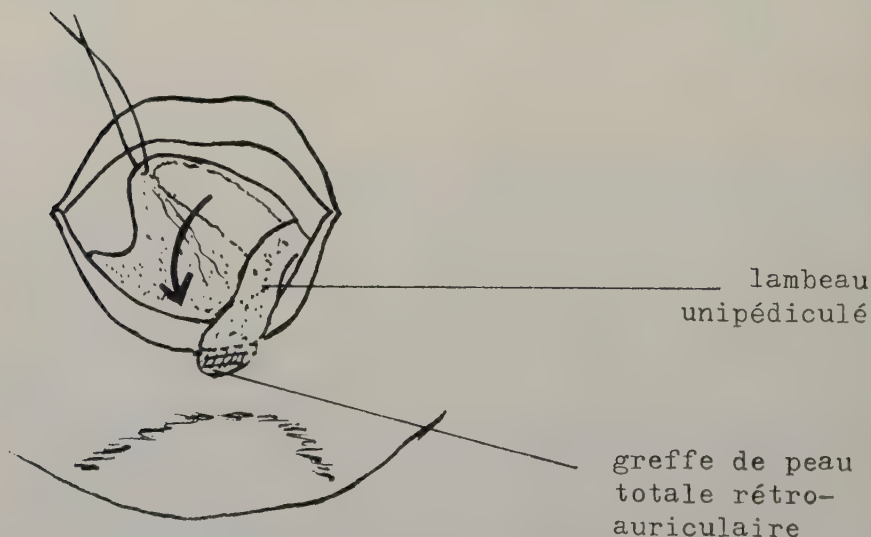


Fig. 15.

OBSERVATION N° 2

Enfant R... Bruno, 8 mois (fig. 16) :

Etiologie : Brûlure par prise de courant à l'âge de quatre mois entraînant une perte de substance du 1/4 de la longueur de la lèvre, empiétant sur la lèvre blanche.

Le 22-7-65 :

- un lambeau pelvilingual gauche reforme la lèvre rouge ;
- la réfection de la lèvre blanche se fait à l'aide d'une plastie de rotation selon la méthode hongroise.

Au 15^e jour : Section du pédicule.

Ultérieurement, l'examen phoniatrique ne montre pas de perturbation.

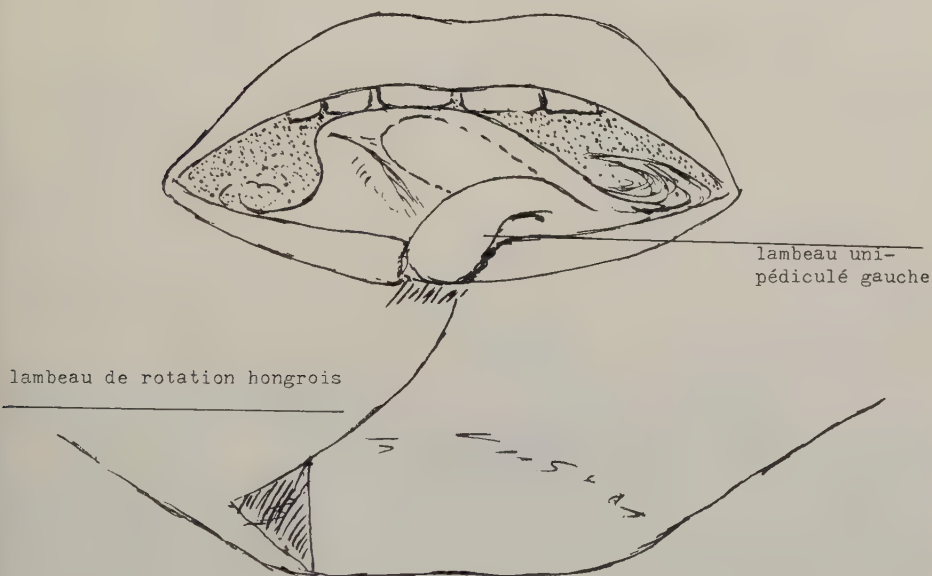


Fig. 16.

OBSERVATION N° 3

Monsieur L... André, 22 ans (fig. 17) :

Étiologie : Morsure de chien, entraînant à la lèvre inférieure,

— une perte de substance qui intéresse le 1/3 médian et qui empiète la lèvre cutanée sur 7 à 8 mm.

— une amputation au 2/3 de l'orbiculaire.

Le 4-12-65 : Sous anesthésie locale,

— 1. Réparation de la lèvre rouge par un lambeau pelvilingual gauche unipédiculé, épais, long de 4 cm, suturé en deux plans (catgut et crin) aux berges de la perte de substance.

Suture de la plaie de la langue.

— 2. Réparation de la lèvre blanche par un lambeau nasogénien droit à pédicule sous-cutané par une tunnellisation paracommissurale.

Le 22-12-65 : Section du pédicule sous anesthésie locale.

Le 20-1-66 : Réajustement lingual par reposition de la portion proximale du lambeau et plastie en Z.

L'examen orthophonique montre une contracture excessive perturbant quelques groupes de phonèmes.

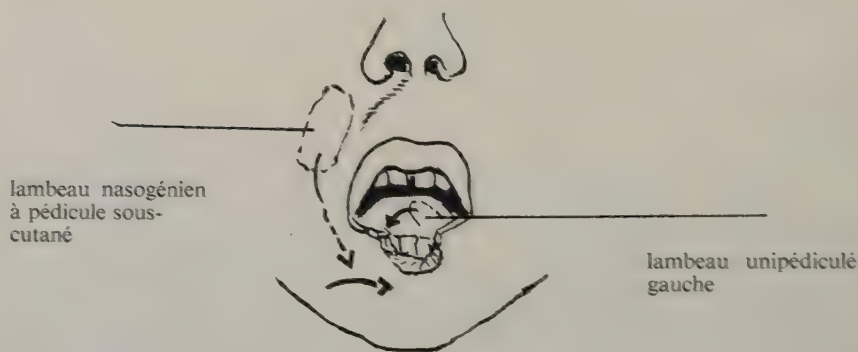


Fig. 17.

OBSERVATION N° 4

Monsieur L... Casimir, 59 ans :

Etiologie : Brûlure de la lèvre inférieure par cigarette entraînant l'apparition de cicatrice indolore, indurée, hypertrophique, coupée à plusieurs reprises par le malade.

La lésion présente un aspect blanc, jaunâtre de 1 cm, dans la partie médiane du bord rouge de la lèvre inférieure. Elle est indurée, limitée, indolore spontanément et la pression. Il n'existe pas d'adénopathie.

Le 14-12-66 :

— Exérèse respectant le bord vermillon.

— Reconstitution par un lambeau pelvilingual unipédiculé gauche.

Le 3-3-66 :

Section du pédicule avec reposition losangique de la base et ajustement sur la lèvre de la muqueuse linguale.

OBSERVATION N° 5

Madame M... Louise, 72 ans :

Etiologie : Madame M... présente un délabrement important de la lèvre inférieure à la suite d'une morsure de chien.

Le 11-3-66 : La cheiloplastie est faite par l'association d'un lambeau de langue et d'une réfection de la lèvre blanche par un procédé dérivé de la méthode hongroise. Le lambeau est sevré 20 jours après.

La patiente est revue fin 66 : le résultat est bon.

Il persiste une cicatrice labiale indurée et légèrement douloureuse.

La cicatrisation linguale est satisfaisante. Il existe toutefois une légère incontinence salivaire. Des retouches sont alors entreprises.

OBSERVATION N° 6

Madame N... Renée, 73 ans.

Etiologie : Morsure de chien, entraînant une lésion du 1/3 médian de la lèvre inférieure.

- Elle prédomine sur la lèvre rouge (8 mm de large).
- La lèvre blanche est amputée sur 3 mm en hauteur et 1,5 cm en longueur.
- L'orbiculaire n'est pas interrompu en totalité.

Le 17-3-66 :

— Réparation de la lèvre rouge par un lambeau pelvilingual gauche unipédiculé.

— Reconstitution de la lèvre blanche par une double rotation selon la méthode hongroise.

OBSERVATION N° 8

Monsieur V... Paul, 57 ans.

Etiologie : Epithélioma de la lèvre inférieure sous la forme d'une volumineuse tumeur intéressant les 2/3 de la lèvre, évoluant depuis 3 ans.

Le 20-7-67 :

- 1) Une exérèse large est pratiquée.
- 2) La cheiloplastie utilise un lambeau de STEIN complété par une résection triangulaire paracommissurale selon la technique de Camille BERNARD.
- 3) La réfection vestibulaire est assurée par la portion muqueuse du triangle cutané réséqué.
- 4) Un lambeau lingual est amené pour redonner l'étoffe labiale.

Le 8-8-67 : On sectionne le lambeau de langue.

Le résultat obtenu est bon.

Dans les suites, l'épithélioma a récidivé en 68 nécessitant d'autres actes chirurgicaux et une radiothérapie.

OBSERVATION N° 7

Enfant G..., 10 ans (fig. 18-19) :

Etiologie : Mutilation très importante de la lèvre inférieure par une brûlure électrique en mai 57.

Les nombreuses opérations entreprises laissent une lèvre inférieure peu épaisse et manquant de hauteur, ainsi qu'une asymétrie du bord vermillon.

Le 29-6-66 : La reconstruction de la lèvre inférieure est pratiquée à l'aide d'un lambeau margino-lingual gauche.

Le 16-7-66 : On sectionne le lambeau d'une très bonne vitalité.

Dans les suites, on agrandit l'ouverture buccale par un dédoublement en épaisseur de la sangle orbiculaire selon la technique de PONS.



Fig. 18. — Mutilation de la lèvre inférieure par brûlure électrique.

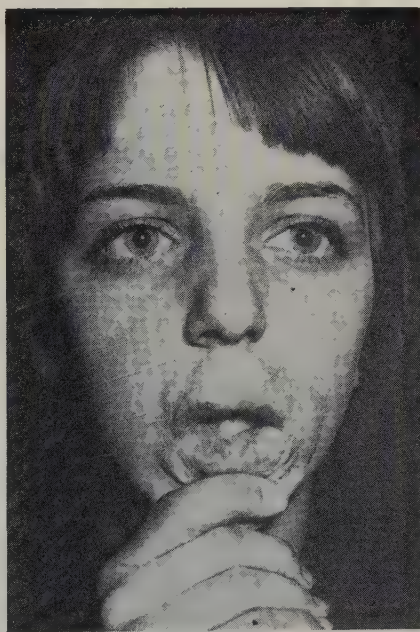


Fig. 19. — Reconstitution de la lèvre et libération du vestibule par un lambeau lingual.

OBSERVATION N° 9

Enfant A... Denis, 12 ans (fig. 20, 21, 22).

Etiologie : Perte de substance labiale inférieure par morsure de chien.

Le 13-1-69 : Réparation de la perte de substance :

- par abrasion du 1/3 médian empiétant sur les lèvres rouge et blanche ;
- par ajustement des bords ;
- réparation muqueuse par un lambeau sous-lingual à pédicule gauche ;
- la réparation cutanée a été faite par un lambeau naso-génien à pédicule inférieur sous-cutané ;
- section du pédicule et agencement du lambeau.

Le 5-2-69 : Réparation labiale, 2^e temps :

- incision du lambeau de langue dont la vitalité est excellente et ajustement de la zone de prélèvement ;
- agencement du lambeau au niveau de la lèvre.



Fig. 20. — Morsure de la lèvre inférieure.



Fig. 21. — Réparation
par lambeau de langue : face.



Fig. 22. — Profil.

OBSERVATION N° 10

Madame B... René, 43 ans (fig. 23).

Etiologie : Perte de substance par morsure de chien, entraînant une mutilation de l'hémi-lèvre inférieure gauche, à la jonction du bord cutanéomuqueux, sur une surface d'un demi-centimètre carré au niveau de la lèvre rouge.

Le 6-8-69 : Réparation par lambeau lingual.

Le 18-10-69 : Section d'un lambeau et réajustage.

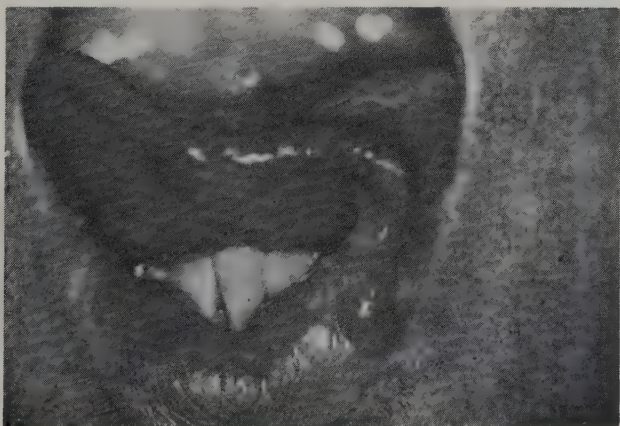


Fig. 23. — Mise en place d'un lambeau lingual marginal à pédicule antérieur
au niveau de l'hémi-lèvre inférieure gauche.

OBSERVATION N° 11

P... Monique, 35 ans (fig. 24, 25, 26).

Etiologie : A la suite d'un accident de la circulation, la malade présente entre autre : une plaie transfixiante de la partie moyenne de la lèvre inférieure détachant toute la portion médiane du bord rouge (qui reste fixé par quelque fin pédicule).

Le 16-9-70 : Cette plaie est suturée en trois plans. Au 6^e jour, apparaît une nécrose du fragment labial. La perte de substance consécutive à cette nécrose est remplacée par un lambeau de langue.

Le 2-10-70 : On sectionne le pédicule du lambeau dont la vitalité est bonne. Ce dernier est agencé sur la lèvre.

Dans la suite, malgré un très bel aspect, il existe des algies linguales et labiales (au niveau du lambeau de langue) augmentant à la pression.



Fig. 24.

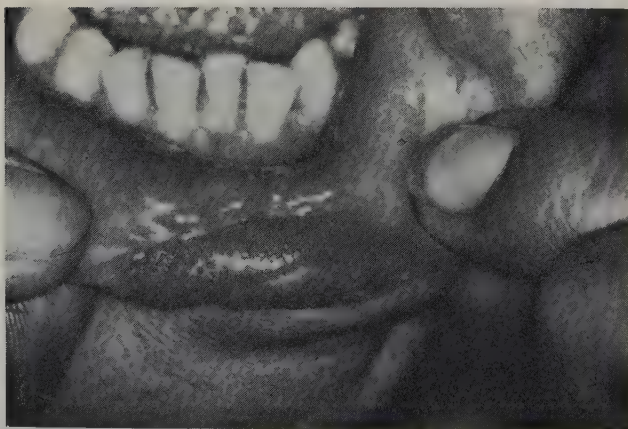


Fig. 25. — Aspect immédiat du lambeau mis en place sur la lèvre.

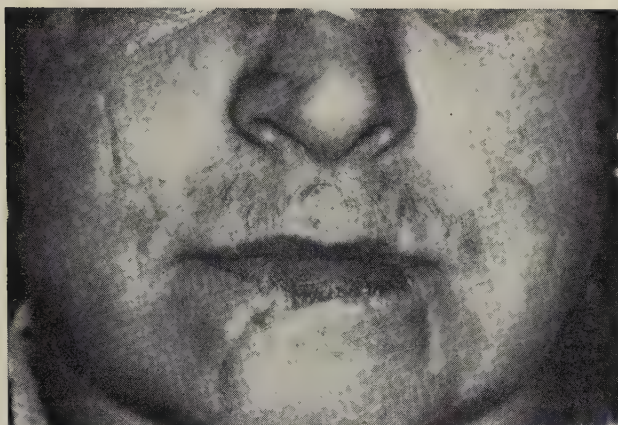


Fig. 26. — Aspect lointain : l'identité est meilleure.

OBSERVATION N° 12

Monsieur M... Américo, 26 ans.

Etiologie : Plaie traumatique au niveau de la lèvre inférieure avec perte de substance importante intéressant la moitié médiane, mais il persiste une portion muqueuse vestibulaire.

Le 30-9-70 :

- reposition des vestiges labiaux,
- rotation d'un lambeau mento-labial droit selon la technique de BLASKOWICZ,
- taille d'un lambeau margino-lingual à pédicule sous-lingual gauche afin de réparer la lèvre rouge.

Le 16-10-70 :

- section du pédicule du lambeau de langue. Réajustement sur la lèvre rouge ;
- réparation de la lèvre blanche par greffe composit auriculaire ;
- agencement de la langue.

Le 13-11-71 : Une greffe de peau totale préauriculaire permet un réhaussement labial.

OBSERVATION N° 13

Madame L... Antoinette, 29 ans (fig. 27, 28).

Etiologie : Il s'agit ici d'une perte de substance de la lèvre inférieure par morsure de chien.

Le 19-10-71 : Le morceau labial sectionné est remis en place.

Le 16-11-71 : Devant le résultat médiocre obtenu, on applique un lambeau de langue à la lèvre inférieure.



Fig. 27.



Fig. 28. — Réfection de la lèvre inférieure
lambeau de langue ; aspect éloigné.

OBSERVATION N° 14

Monsieur W... (fig. 29, 30)

Etiologie : Séquelle d'une cure d'un épithélioma intéressant la lèvre inférieure.

Après une première tentative reconstructive qui se révèle infructueuse,

Le 19-11-71 : est entreprise la section postérieure du lambeau de langue traité antérieurement après infiltration de xylocaïne adrénalinée. Un fragment lingual suffisant est conservé pour donner un volume à la langue. La commissure droite est terminée grâce à l'insertion de la partie externe du lambeau au niveau labial. La partie gauche est laissée non suturée pour éviter le trouble de la vascularisation de ce lambeau qui est déjà précaire. L'extrémité du croissant gauche est désépithélialisée et tunellisée sous la muqueuse labiale de façon à le maintenir sous tension et pouvoir pratiquer ultérieurement l'insertion complète à ce niveau.

On est obligé de supprimer une petite portion musculaire de façon à pouvoir fermer sans tension la muqueuse sur le lambeau, pour reconstituer une lèvre inférieure.

La langue est suturée et modelée grâce à une plastie en Z de façon à lui redonner un arrondissement satisfaisant. La suture est pratiquée pour la lèvre et pour la langue en deux plans :

- plan profond au catgut,
- plan superficiel à la soie 000 pour la lèvre et 00 pour la langue.

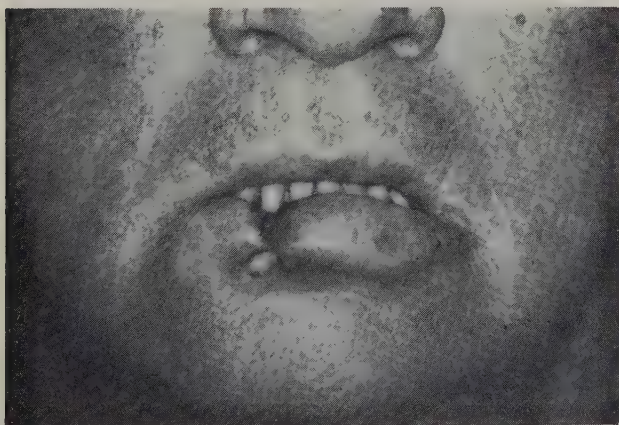


Fig. 29. — Séquelle d'une exérèse d'un E.O.A.



Fig. 30. — Mise en place d'un lambeau lingual.
Suture de la langue.

OBSERVATION N° 15

Mademoiselle L... Yvette, 20 ans (fig. 31, 32, 33).

Etiologie : Séquelle d'angiome extensif de la face nécessitant une cheiloplastie totale de la lèvre inférieure.

La patiente présente en plus une macro-glossie (due à un lymphangiome associé à l'angiomatose).

En mars 72 : La lèvre rouge est rétablie par un lambeau de langue.

En octobre 73 : La néo-lèvre inférieure est tout à fait satisfaisante, tant au point de vue couleur que texture et galbe.

Elle présente toutefois une pellicule de disséparation épithéliale.

Des retouches de cicatrices sont nécessaires.

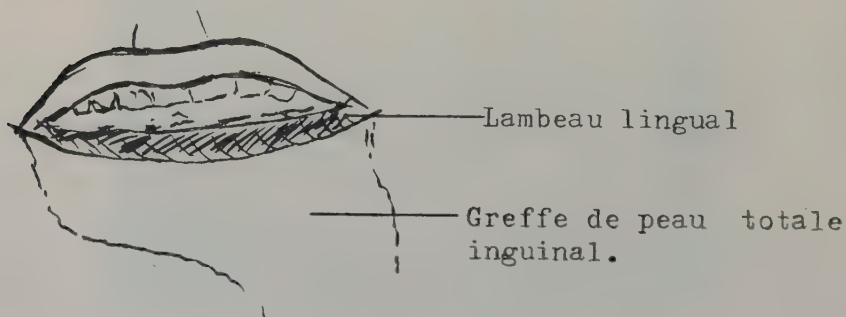


Fig. 31.

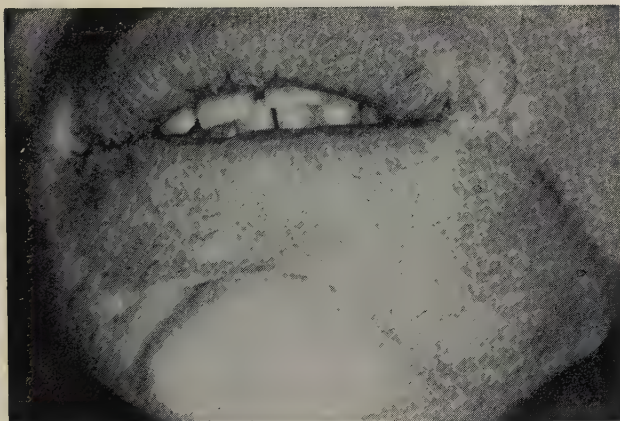


Fig. 32. — Cheiloplastie.
Reconstitution de la lèvre blanche.



Fig. 33. — Reconstitution de la lèvre
rouge par un lambeau de langue.

OBSERVATION N° 16

Madame S... Yvonne.

Etiologie : La patiente présente une lèvre inférieure dont le versant externe est abaissé dans les 2/3 médian à la suite d'une morsure de chien.

Cette séquelle est corrigée par la mise en place d'un lambeau lingual marginal antérieur à pédicule dorsal.

OBSERVATION N° 17

Enfant B... Pascale (fig. 34, 35).

Etiologie : La lèvre inférieure est détruite à la suite du traitement d'un ganglion, par radium.

Une greffe dermo-épidermique ne permet pas de retrouver un aspect normal. La lèvre blanche est rétractée, la lèvre rouge est insuffisante.

La greffe est alors remplacée par un prélèvement de peau totale droite.

La lèvre rouge est libérée, l'orbiculaire est retourné vers le haut afin de créer une dépression mentonnière et d'étoffer la lèvre.

Le manque muqueux est remplacé par deux lambeaux jugaux à pédicules antérieurs et supérieurs, associés à un lambeau lingual médian.

Plus tard, une greffe dermo-épidermique parfait le travail.



Fig. 34. — Séquelle labiale d'une radiothérapie.

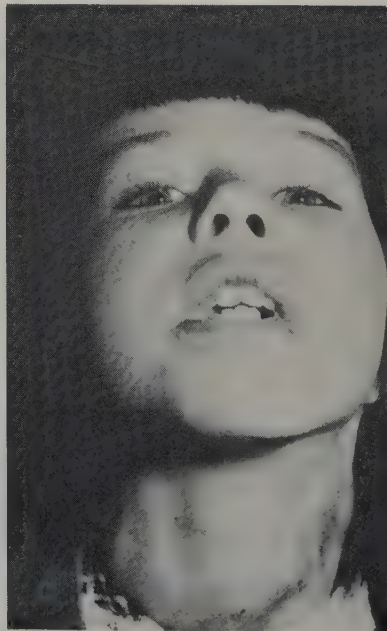


Fig. 35. — Cheiloplastie par lambeau lingual résultat lointain. ▶

OBSERVATION N° 18

Monsieur P...

Étiologie : Séquelle de la cure d'un épithélioma de la lèvre inférieure envahissant la mandibule. Il existe une bride cicatricielle verticale restreignant considérablement l'ouverture de la bouche ; avec par ailleurs, absence complète de la lèvre inférieure.

Traitement :

— *Dans un premier temps*, est entrepris un agrandissement de la commissure par une double plastie en Z associée à un lambeau muqueux de réfection.

— *Le deuxième temps* comprend : la libération cutanéomuqueuse inférieure et la mise en place d'un lambeau pelvi-lingual gauche.

OBSERVATION N° 19

Mademoiselle G... Danielle, 20 ans (fig. 36, 37, 38, 39).

Étiologie : Nécrose de la lèvre supérieure après traitement d'un angiome par radium.

Traitement :

1^{er} temps : Apport labial inférieur par lambeau d'ABBE.

2^e temps : Réfection de la lèvre blanche par deux lambeaux nasogéniens à pédicule supérieur.

3^e temps : Tentative de restitution du galbe de la lèvre rouge par un lambeau pelvi-lingual arciforme.

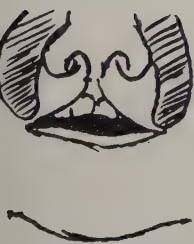


Fig. 36. — Séquelle d'une nécrose d'un hémangiome labial.

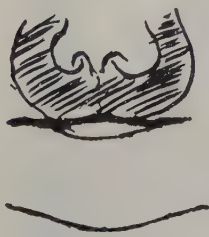


Fig. 37. — Reconstitution par lambeaux nasogéniens de la lèvre blanche

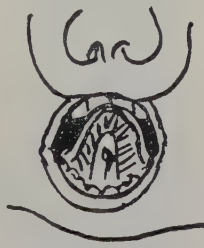


Fig. 38. — Lambeau pelvi-lingual ansiforme.



Fig. 39. — Reconstitution de la lèvre rouge.

OBSERVATION N° 20

Monsieur D... Jean.

Etiologie : Epithélioma de la lèvre inférieure.

Une exérèse suivie d'une réparation par lambeau de langue est faite.

OBSERVATION N° 21

Enfant N... Marie-Louise, 9 ans (fig. 40).

Etiologie : Opérée à l'âge de deux mois d'un bec de lièvre bilatéral, selon le procédé de VEAU, respectant la muqueuse du prolabium.

Actuellement, il existe un déficit en épaisseur sagittale et frontale de la partie médianè de la lèvre supérieure.

Le 10-1-66 :

- Etoffement de cette lèvre par un lambeau pelvilingual arciforme.
- Sevrage au 23^e jour.

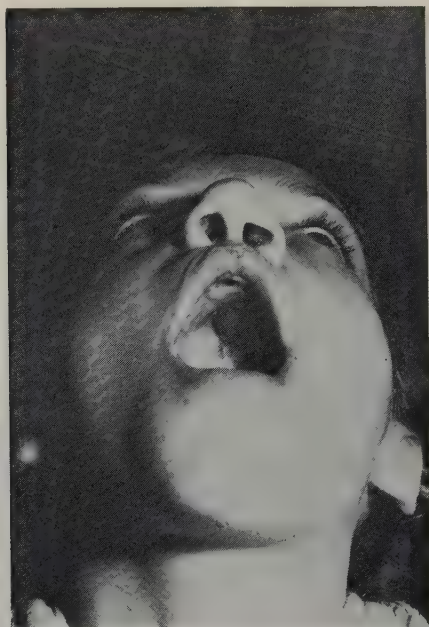


Fig. 40. — La lèvre a été étoffée par un lambeau pelvi-lingual.

OBSERVATION N° 22

Monsieur G... Paul, 73 ans (fig. 41).

Etiologie : Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre supérieure ayant subi un traitement radiothérapique.

En février 69 : Il existe une atteinte bilatérale de la lèvre supérieure, prédominante à droite, atteignant la commissure labiale.

Le 7-3-69 : On pratique :

— une exérèse extrêmement large empiétant l'infrastructure du maxillaire supérieur qui s'avère cliniquement et radiologiquement envahi.

— une avulsion de très nombreuses racines restantes.

— une réparation :

1) par bascule d'un lambeau naso-génien à pédicule inférieur,

2) par transposition d'un lambeau lingual marginal à pédicule inférieur.

— une irradiation post-opératoire des aires ganglionnaires.

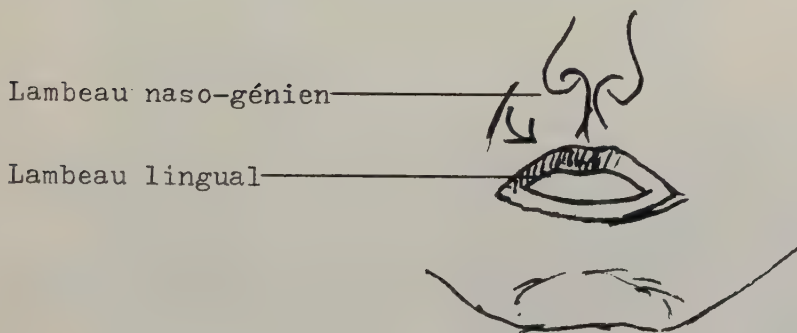


Fig. 41.

OBSERVATION N° 23

Monsieur L... Paul, 70 ans (fig. 43, 44, 45).

Etiologie : Epithélioma de la lèvre supérieure droite récidivant après irradiation. La lésion atteint la moitié droite de la lèvre avec extension commissurale et léger débord sur la lèvre blanche.

Le 18-8-70 : Exérèse large de toute l'épaisseur de l'hémilèvre.

La réparation cutanée est assurée par un glissement de la peau de voisinage à la faveur de deux débridements dans les plis nasogéniens et labiogéniens.

La lèvre rouge, quant à elle, a été reconstituée par l'intermédiaire d'un lambeau de langue.

Le 5-9-70 : Section du lambeau lingual et agencement de ce lambeau à la partie de la lèvre supérieure.

Le lambeau est discrètement invaginé.

Lambeau naso-génien
lambeau lingual

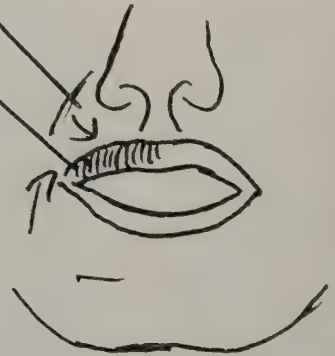
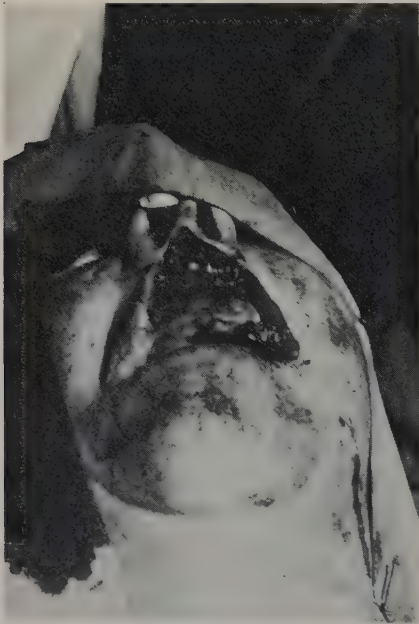


Fig. 42.

Fig. 43. — Exérèse d'un E.O.A. de la lèvre supérieure droite.
(Diapositive inversée)

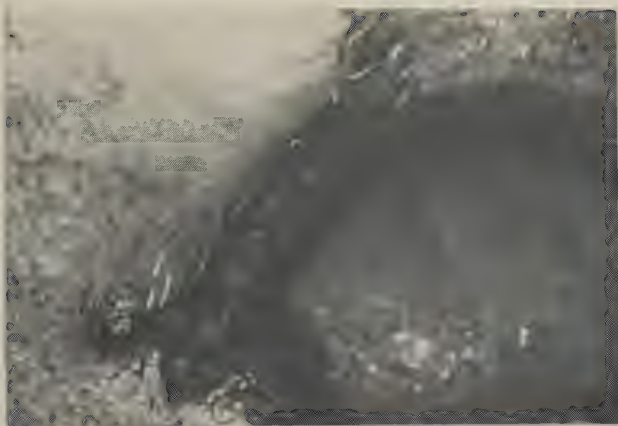


Fig. 44. — Mise en place d'un lambeau de langue.



Fig. 45. — Résultat : le lambeau est discrètement invaginé.

B) LES VESTIBULES

Ils ont un rôle important dans la mobilité de la lèvre. Un vestibule cicatriciel entraîne une fixité, un éversement disgracieux de la lèvre, une symphyse labiogingivale.

Pour éviter les brides cicatricielles rétractiles, dans certains cas les berges des pertes de substance vestibulaire ne sont pas suturées entre elles mais fixées au bord d'un lambeau.

Lorsque les brides sont constituées, l'exérèse du tissu cicatriciel est entreprise dans la mesure du possible et remplacée par un lambeau muqueux.

Au vestibule inférieur : Le lambeau pelvilingual ou marginolingual est en concurrence :

— avec la greffe muqueuse ou cutanée de reprise plus aléatoire, et qui se rétracte ;

— avec le lambeau vestibulaire ou jugal entraînant eux-mêmes une cicatrice parfois gênante.

Au vestibule supérieur : Le lambeau lingual peut être utilisé, pour la fermeture d'une communication buccosinusienne.

C) PLANCHER DE LA BOUCHE

Très souvent associé aux pertes de substance vestibulaire inférieur, les mêmes techniques sont donc mises en œuvre.

Le recouvrement d'une mandibule fracturée, d'un greffon, d'une prothèse améliore le temps opératoire.

La réfection du plancher empêche les rétractions linguales.

La mise en place de lambeaux pelvilinguaux ou marginolinguaux est indiquée et représente un procédé de choix.

OBSERVATION N° 24

Monsieur M... Germain, 55 ans.

Etiologie : Un coup de feu malencontreux a provoqué sur le malade un vaste délabrement de l'étage inférieur de la face avec un fracas du maxillaire inférieur.

Le 1-7-66 : Les fractures sont ostéosynthésées et la couverture des foyers est assurée par un lambeau de langue.

Malheureusement, le malade est décédé d'une occlusion intestinale quelques jours plus tard.

OBSERVATION N° 25

Monsieur H... Pierre, 56 ans.

Etiologie : Volumineux épithélioma gingival inférieur gauche, irradié.
Le 7-12-69 : Etant donné l'état général du malade et l'absence d'adénopathie clinique, on décide une exérèse osseuse et muqueuse sans réparation de continuité osseuse, complétée ultérieurement par une irradiation ganglionnaire.

La réparation muqueuse se fait par un lambeau lingual.
En 71, une récurrence apparaît.

OBSERVATION N° 26

Monsieur H... Gabriel.

Etiologie : Epithélioma du plancher de la bouche gauche présentant une extension vers la partie postérieure de la branche horizontale, très proche de la table interne.

Le 14-3-69 : L'exérèse de la lésion avec déposition du fragment mandibulaire en regard, l'évidement cervical en monobloc, sont entreprises.

Une hétéro-greffe de KIEL répare la mandibule.

La couverture est assurée par un grand lambeau margino-lingual.

A la fin de l'année : une récurrence apparaît provoquant un œdème lingual ; un traitement polymitotique est institué. Enfin, on pratique une gastrostomie le 4-70.

OBSERVATION N° 27

Monsieur M...

Etiologie : Exérèse d'un épithélioma du plancher de la bouche latéralisé droit emportant la corticale interne.

Le 21-6-73 : La plaie opératoire est couverte par un lambeau dorso-lingual.

OBSERVATION N° 28

Monsieur C...

Etiologie : Exérèse d'un nodule résiduel d'un épithélioma du plancher buccal emportant également la symphyse maàdibulaire d'un trou mentionner à l'autre.

Le 25-5-73 : Mise en place immédiatement après l'exérèse d'une greffe costale ostéosynthésée. La fermeture se fait à l'aide d'un lambeau vestibulaire inférieur important et d'un lambeau de langue.

Le 5-7-73 : La supuration importante apparue dans les suites de la première intervention nécessite un deuxième temps opératoire avec mise en place d'un lambeau de MCGREGOR.

D) LA JOUE

Les pertes de substance jugale sont rares.

Toutefois, lorsqu'elles existent, en cancérologie surtout, une précoce reconstruction est essentielle à une réhabilitation du malade.

Ici aussi, un temps cutané est parfois nécessaire ; il sera assuré par des lambeaux de rotation, ou des greffes, avec ou sans adjonction de tissu cellulaire sous-cutané. Le temps muqueux est assuré par des lambeaux muqueux.

Pour les petites pertes de substance, des lambeaux jugaux de rotation, pédiculés, ou en Z, des greffes de peau mince peuvent être utilisés mais ils représentent quelques inconvénients déjà décrits. Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation de lambeaux margino-linguaux.

Pour les grandes pertes de muqueuse juguale, les lambeaux linguaux sont parfois associés à d'autres procédés. CADENAT utilise de tels lambeaux pour la fermeture d'orostome.

Mais GOSSEREZ et STRICKER leur préfèrent le lambeau cutané frontal de MC GREGOR passé dans la coulisse temporale et plicaturé après désépidermisation au niveau de la commissure labiale homo-latérale.

E) LE PALAIS

I. Le palais dur :

a) La perforation antérieure de moyenne dimension représente une indication de choix d'utilisation de lambeaux de langue dorsaux médians à pédicule antérieur de GUERRERO SANTOS et marginaux à pédicule antérieur.

— En effet, la prise importante de muqueuse vestibulaire risque d'entraîner une véritable symphyse labio-gingivale.

— La muqueuse palatine trop adhérente ne peut donner un lambeau mobile suffisant.

Par contre, cette dernière permet d'assurer la fermeture du plan profond, suivant l'un des procédés habituels, de la collerette ou du retournement des bords. Le lambeau de langue fournit alors le plan superficiel (fig. 46).

b) Les petites perforations palatines antérieures font appel, actuellement, à des procédés plus simples à l'aide de tissu prélevé sur place.

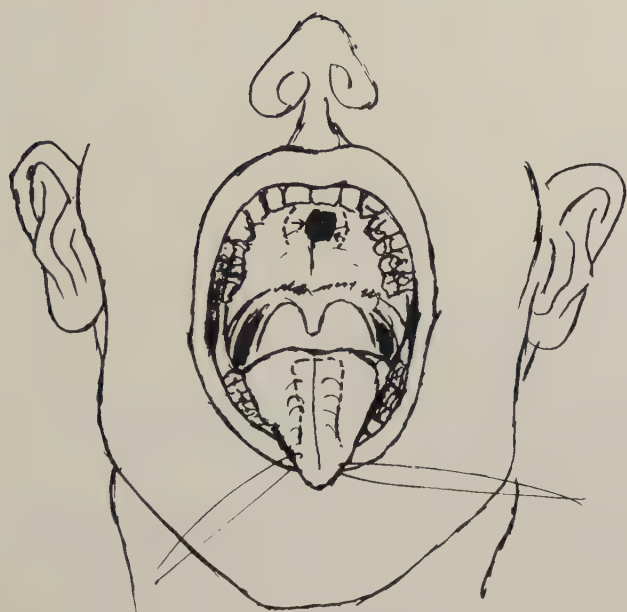
c) Dans les perforations médianes postérieures, le lambeau lingual peut être utilisé, mais il est souvent supplanté par :

- le lambeau jugal de SKOOG à pédicule vestibulaire supérieur, si le malade est édenté ;
- le lambeau pharyngé postérieur décrit par ISAKSON, mais cette technique nécessite une cervicotomie qu'il est possible d'éviter en suspension ;
- la technique de WARDILL faisant intervenir la muqueuse de la cloison nasale pour le plan profond, et la muqueuse palatine pour le plan superficiel.

Dans ces cas, le lambeau de langue doit être préféré aux lambeaux cutanés frontaux (MCGREGOR), cervico-thoraciques, nasogéniens, etc.

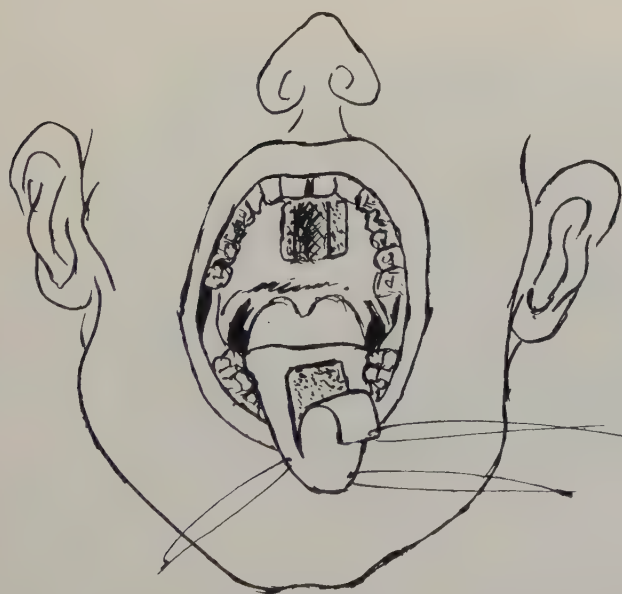
Il est à noter également, que le lambeau lingual peut servir de couverture, au niveau du maxillaire supérieur, d'un foyer d'ostéotomie du fragment incisif, ou comme couverture d'un greffon osseux.

Ainsi, le lambeau lingual peut être utilisé d'emblée dans la réparation globale en un temps des séquelles de fente labio-maxillo-palatine, même avec la réalisation d'une ostéotomie des maxillaires et la pose d'une greffe osseuse.



Taille de lambeaux palatins au voisinage de la perte de substance.

Taille du lambeau dorso-lingual médian à pédicule antérieur.



Retournement et mise en place de lambeaux palatins assurant le plan profond.

Mise en place du lambeau principal qui assure le plan superficiel et la reconstitution de la muqueuse palatine.

Fig. 46. — Fermeture d'une communication bucco-nasale.

OBSERVATION N° 29

Monsieur T... Roger, 21 ans (fig. 47).

Etiologie : Ce patient présente une communication bucco-nasale post-traumatique.

Le 15-11-70 : La volumineuse brèche antéro-latérale gauche est obturée en deux plans :

- le plan nasal est obtenu par retournement de la collerette palatine :
- le plan buccal est réalisé par un lambeau palatin hétéro-labial.

Le 16-11-70 : Extirpation du lambeau nécrosé.

Le 12-12-70 : La mise en place d'un lambeau de langue latéral gauche à pédicule antérieur permet de remplacer le lambeau palatin nécrosé.

Le 19-1-71 : Section du lambeau de langue.

Le 29-1-71 : On reprend le lambeau de langue partiellement nécrosé. On complète l'obturation par un lambeau de fibro muqueuse palatine qui reconstitue le plan nasal, et par une greffe de peau mince qui termine le plan buccal. C'est un échec.

Une troisième tentative par lambeau nasogénien et greffe de peau s'avère nécessaire.

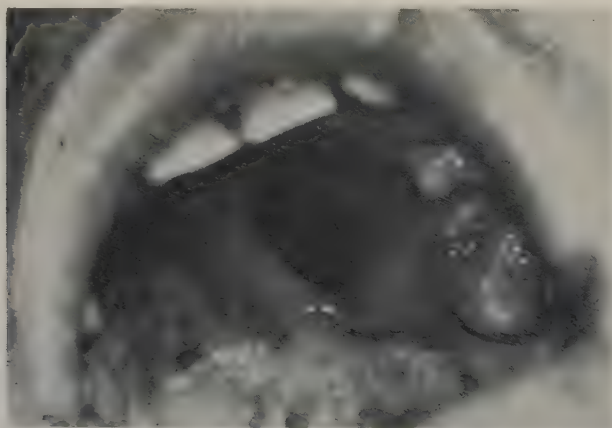


Fig. 47. — Volumineuse brèche palatine antero latérale gauche.

OBSERVATION N° 30

Enfant G... Daniel, 15 ans.

Etiologie : Séquelle d'une fente labio-maxillo-palatine gauche, avec collapsus important du petit fragment qui est en endognathie très accentuée, au bord d'une communication bucconasale.

Le 12-1-71 : Sont entreprises :

- 1. une ostéotomie de l'hémi-maxillaire supérieur gauche avec réhaussement de l'articulé molaire par taille cunéiforme du centre ;
- 2. une greffe osseuse sinus-maxillaire et inter-ptérygomaxillaire ;
- 3. une réparation de la fente palatine par lambeau margino-lingual et une greffe osseuse intermaxillaire ;
- 4. une cheilorhinoplastie à ciel ouvert et une réparation de la levre selon la technique de SKOOG.

Le 4-2-71 : Le lambeau marginolingual est sectionné et ajusté sur la partie postérieure de la brèche palatine antérieure.

OBSERVATION N° 31

Monsieur D...

Etiologie : Le patient présente une brèche palatine intéressant presque la totalité du palais médian, consécutive à des interventions itératives.

Le 27-1-71 :

- réparation du plan nasal par dissection et retournement du plan palatin antérieur ;
- réparation du plan buccal par un lambeau margino-lingual de grande dimension.

Le 6-2-71 : La nécrose de la greffe nécessite l'exérèse des parties nécrosées.

Dans les suites, les nombreuses tentatives par lambeau vestibulaire, par lambeau temporo-frontal, ont échouées également.

OBSERVATION N° 32

Enfant M... (fig. 48).

Etiologie : Séquelle de fente unilatérale totale gauche. Est envisagée :

— une ostéotomie du maxillaire supérieur avec greffe osseuse d'expansion ;

— une réparation palatine antérieure par lambeau de langue.

25-9-71 :

— ostéotomie du maxillaire,

— mise en place du lambeau de langue,

— dans le même temps, est entreprise une réparation labiale par lambeau hétérolabial et une rhinoplastie.

2-11-71 :

— section du lambeau lingual,

— remise en occlusion avec blocage intermaxillaire par élastique.

Un examen phonétique montre un résultat assez bon.

Le résultat esthétique, par contre, est excellent.

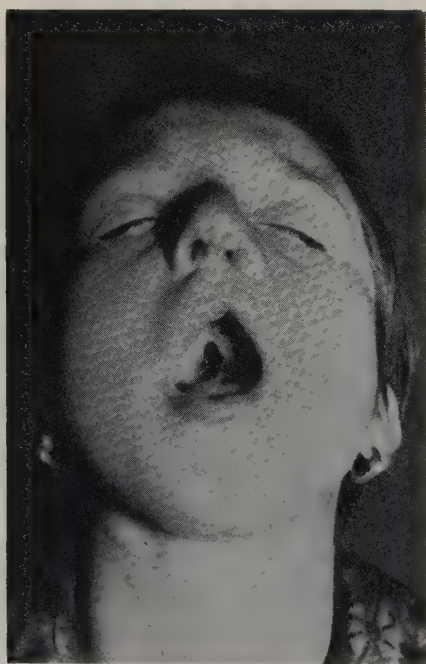


Fig. 48. — Communication bucco-nasale.

OBSERVATION N° 33

Monsieur L... (fig. 49).

Etiologie : Séquelle de fente unilatérale totale gauche présentant une brèche palatine antérieure.

Le 17-11-71 : réparation par lambeau de langue.

Le 3-12-71 : section de lambeau.



Fig. 49. — Lambeau margino lingual gauche.

OBSERVATION N° 34

Monsieur C...

Etiologie : Ostéotomie de la face pour séquelle de fente avec inversion de l'occlusion dentaire par rétrognathisme du maxillaire supérieur associé à une endognathisme.

Le 2-7-74 :

— prise de greffe iliaque,

— ostéotomie de Lefort II atypique avec section des pterygoïdiens, fermeture du plan nasal par décollement des berges. Greffe osseuse de contention de la partie antérieure de la fente. Le plan buccal est assuré par un lambeau médio-lingual à pédicule antérieur.

Les ostéotomies latérales sont consacrées par des greffes osseuses à la partie antérieure et postérieure au niveau du cintre zygomato-malaire ; l'immobilisation est assurée par un blocage inter-maxillaire sur arcs.

Le 15-7-74 : Le blocage est remplacé par des tractions élastiques.

Le 30-7-74 :

- Libération du lambeau dorso-lingual.
- ✂ Suture de la langue.
- Suture du lambeau dans la région postérieure correspondant à la fente.

OBSERVATION N° 35

Mademoiselle L... Josette, 24 ans.

Etiologie : La patiente présente :

- une bifidité transversale des pavillons de l'oreille par absence de coalescence entre l'ébauche maxillaire et l'ébauche mandibulaire,
- une importante *brèche résiduelle* empiétant sur le rempart alvéolaire.

Le 12-1-71 : La réparation de la brèche se fait par la réalisation :

- d'un plan nasal à l'aide du retournement des berges et de l'utilisation du plan antérieur du lambeau cutané préalablement réduit ;
- d'un plan buccal à l'aide d'un lambeau marginolingual.

Au 21^e jour : La section du pédicule est faite.

Le résultat est excellent.

OBSERVATION N° 36

Monsieur D...

Etiologie : C'est une communication bucco-sinusale d'un bec de lièvre unilatéral total gauche, traité orthopédiquement avec un très bon résultat.

Le plan buccal est réalisé à l'aide d'un lambeau lingual antérieur pédiculé à gauche.

OBSERVATION N° 37

Mademoiselle P... Danielle, 22 ans.

Etiologie :

— Séquelles maxillo-dentaires de bec de lièvre bilatéral total avec protrusion accentuée du pré-maxillaire et du prolabium.

L'appareillage de l'arcade supérieure était impossible à réaliser, en raison de la mobilité du pré-maxillaire (qui avait fait l'objet d'une ostéotomie selon CRONIN).

Par ailleurs, la greffe osseuse de consolidation était contre-indiquée par l'existence d'une fente résiduelle antérieure.

Traitement :

Dans un premier temps, la fermeture de la fente fut réalisée par un plan nasal puis, par un plan buccal à l'aide d'un lambeau pelvilingual.

Dans un deuxième temps, trois mois après, une greffe osseuse costale fut réalisée en triple pontage.

Actuellement, le prémaxillaire est fixé aux berges.

OBSERVATION N° 38

Monsieur W...

Etiologie : Le malade présente une perte de substance très étendue du palais, consécutive à l'irradiation au cobalt d'une tumeur maligne. Il ne persiste que la moitié du palais et deux moignons latéraux.

Le voile est fixé au bord des fosses nasales.

La tentative de reconstruction par le retournement de la fibromuqueuse palatine et par deux lambeaux de langue est suivi de la nécrose totale de ces derniers au 4^e jour.

Cet échec est dû au manque de vascularisation du terrain receveur.

OBSERVATION N° 39

Monsieur B...

Etiologie : La correction d'une endognathie par ostéotomie du maxillaire expose le greffon incisif.

La couverture se fait alors par un lambeau margino-lingual à pédicule homolatéral.

II. Voile :

L'intérêt principal d'une telle réparation est la restauration de son rôle fonctionnel.

Le voile peut présenter :

- soit une perte de substance traumatique ;
- soit une brièveté d'origine congénitale ou apparue après traitement d'une division palatine.

Peu utilisées dans le service, certaines techniques chirurgicales méritent cependant d'être citées, aussi on fait appel à :

— un lambeau marginal à pédicule postérieur (KLOPP et SHURTER — PILHEN et CHAMBERS) ;

— deux lambeaux marginaux symétriques à pédicules permanents dorsaux (NEUNER). Cette chirurgie permet un allongement du voile et une réanimation fonctionnelle grâce à l'inclusion d'un transplant musculaire innervé ;

— un lambeau dorsal à pédicule postérieur (CADENAT) servant — à la fermeture de la brèche du voile, en s'inspirant de la même technique que pour le palais dur,

— ou à la fermeture de la jonction voûte-voile créée volontairement par la réfection du voile. Le plan nasal fait appel à d'autres transplants pédiculés (lambeau en îlot de MILLARD, lambeau palatin à pédicule postérieur, lambeau de muqueuse nasale).

Le lambeau lingual reste en concurrence avec :

- le push back de DORRANCE V ou de VEAU WARDILL,
- le lambeau en îlot de MILLARD,
- le lambeau pharyngé,
- le lambeau cutané cylindrique.

Mais GOSSEREZ et STRICKER préfèrent, sans équivoque, la pharyngoplastie dynamique selon ORTHICOCHEA qui permet de retrouver une très bonne fonction dynamique du voile.

UN CAS PARTICULIER

Il convient de noter une technique mise au point récemment par CADENAT (1974), pour réaliser une uranostaphylo-pharyngoplastie (fig. 50). Celle-ci est parfaitement décrite par CLOUET.

L'intervention se réalise en deux temps.

Le premier temps comporte :

— la réfection du plan nasal, au niveau du palais osseux, par la muqueuse palatine de voisinage ;

— le rapprochement des deux moignons vélaires, libérés par une incision de décharge latérale, ceci soulageant la suture antérieure ;

— la réfection du plan buccal antérieur par un lambeau médiolingual à pédicule antérieur.

Le deuxième temps comprend :

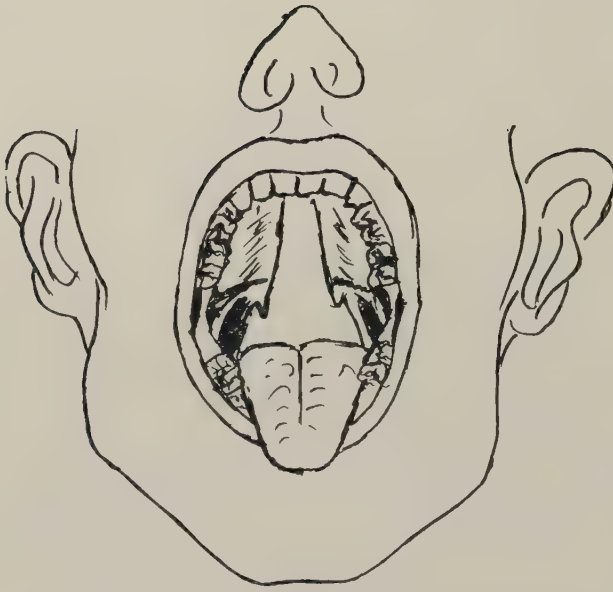
— l'allongement et la section du lambeau lingual ;

— la taille d'un lambeau pharyngé à pédicule supérieur ;

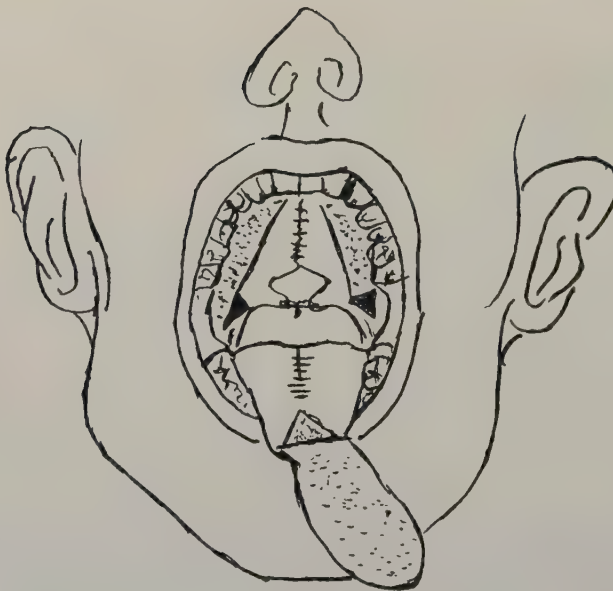
— la suture des deux lambeaux entre eux,

— un dédoublement longitudinal des moignons vélaires, afin de les suturer à cheval sur le lambeau lingual. Le lieu de la suture permet de régler latéralement la pénétration de l'air.

Cette technique est très récente et on ne peut encore juger de la qualité fonctionnelle de la restauration. La publication des résultats permettra de comparer ce procédé avec ceux habituellement utilisés.

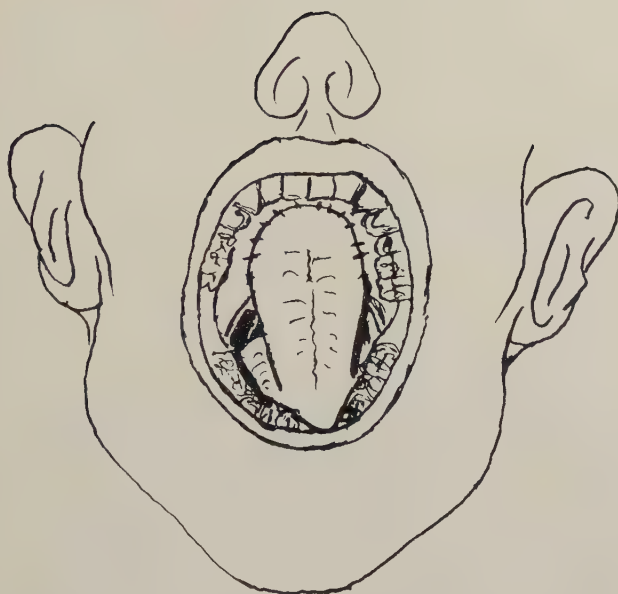


a) Division palatine totale intéressant le palais dur et le voile.

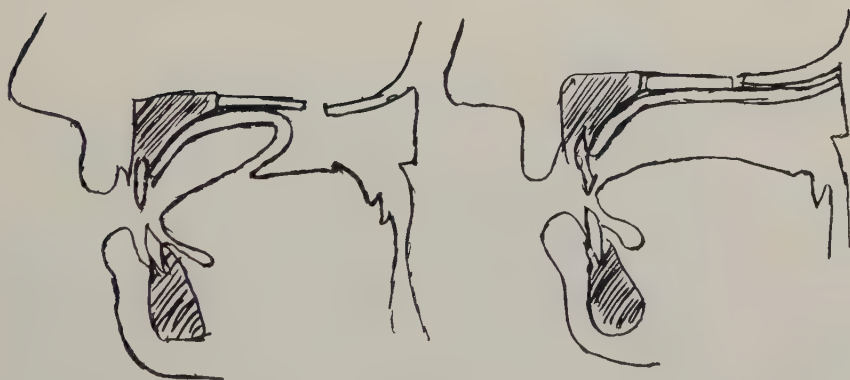


b) Uranostaphylopharyngoplastie :
1^{er} temps :
— la muqueuse palatine retournée ferme le plan nasal.
— les deux moignons du voile libéré par une incision de décharge latérale sont rapprochés.
— le plan palatin est assuré dans sa totalité par un lambeau médio-lingual à pédicule antérieure.

Fig. 50 (a et b)



c) Mise en place
du lambeau
lingual au ni-
veau du pa-
lais.



d) 2^e temps :

- allongement du lambeau de langue jusqu'à la pointe.
- section du pédicule.
- taille d'un lambeau pharyngé à pédicule supérieur.
- les deux lambeaux sont suturés ensemble, le lambeau pharyngien complétant le plan nasal.
- suture des moignons vélaire au lambeau de langue, *à cheval sur ces bords*.
La tension du lambeau est réglée par le lieu de la suture.

Fig. 50 (c et d).

Localisation de la perte de substance		Choix du procédé
Lèvres	Perte de substance partielle	— Estlander Abbé + + — Lambeaux margino ou dorsolinguaux
supérieure	Perte de substance plus importante	— lambeaux dorso, marginolinguaux + + — lambeaux pelvilinguaux +
inférieure		— lambeau pelvilingual.
Vestibule	— inférieur	— lambeau pelvilingual ou marginolingual + + — greffe dermoépidermique — greffe muqueuse — lambeau vestibulaire ou jugal
	— supérieur	— autre procédé + + — lambeau margino ou dorsolingual
Plancher		— lambeaux pelvilinguaux — lambeaux marginolinguaux
Joue	— petite perte de substance	— lambeaux de rotation — plastie en Z — lambeaux marginolinguaux
	— perte de substance plus importante	— lambeaux margino ou dorsolinguaux
	— très grande perte de substance	— lambeaux de MCGREGOR
Palais osseux	— petite perforation, antérieure	— lambeaux de voisinage, palatin
	— perforation antérieure moyenne	— lambeaux dorsomédians à pédicule antérieur + +
	— perforation médiane postérieure	— lambeau jugal de SKOOG (Edenté) — lambeau pharyngé postérieur d'ISAKSON — Technique de WARDILL
Voile		— pharyngoplastie d'ORTHICOCHEA.

CONCLUSION

Le lambeau lingual est d'un grand intérêt en chirurgie maxillo-faciale.

Il mérite de prendre place au moment du choix de la technique opératoire dans l'éventail des différents sites de prélèvement à envisager.

Il permet de fournir un matériau inégalable de par sa texture, sa malléabilité, sa richesse vasculaire.

La possibilité de choisir l'épaisseur de son assise musculaire, la qualité incontestable de la muqueuse pelvilinguale, le rendent très intéressant dans la reconstitution des importantes pertes de substance des lèvres rouges.

De même, il est particulièrement avantageux de l'utiliser pour les réparations des pertes de substance muqueuse endo-buccale, que ce soit au niveau du palais, de la joue, du plancher ou des vestibules.

Pour que sa prise soit assurée, il faut toutefois que son pédicule d'implantation soit suffisamment large, que son assise musculaire soit présente, que les bords de la plaie à combler soient bien vascularisés (contre-indications éventuelles après traitement radiothérapique).

Mais surtout, il faut éviter toute traction sur le pédicule.

Les nombreuses méthodes de prélèvements linguaux permettent de faire face à chaque cas particulier, et la découverte, chaque année, de nouvelles techniques chirurgicales faisant intervenir de tels lambeaux, élargit et élargira encore leur utilisation.

*
* *

BIBLIOGRAPHIE

- ALLMEN G.V., NEUNER O. — Problematik der Sprachverbessenden Operationen. In Schudhardt : Fortschritte der Kiefer und Gesichtschirurgie - Bd XVI - XVII Georg Thieme Verlag. Stuttgart 1973.
- BAKAMJIAN V. — A technique for primary reconstruction of the palate after radical maxillectomy for cancer. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1963, 31, 103.
- BAKAMJIAN V. — Use of tongue flap in lower lip reconstruction. *Br. J. Plast. Surg.*, 1964, 17, 76.
- BAKAMJIAN V., LITTLEWOOD M. — Cervical skin flap - for intra oral and pharyngeal repair following cancer surgery. *Br. J. Plast. Surg.*, 1964, 17, 191.
- BAKAMJIAN V.Y. — Anteriorly and posteriorly based flap from the dorsum of the tongue. In CONLEY J., DICKSON J.I. Plastic and reconstructive surgery of the face and neck. *Procedury of the 1st international Symposium.*
- BERTOIN P. — Pertes de substance des lèvres et des joues. *Cah. Medi. Lyonnais*, 1970, 46, n° 34, 2731.
- CADENAT H., FABIE M., COMBELLES R., CLOUET M. — Le lambeau de langue en chirurgie plastique. *Rev. Stomat.*, 1972, 73, 583.
- CADENAT H., COMBELLES R., FABIE M. — Lambeaux de langue, vascularisation, morphologie et utilisation. *Ann. Chir. Plast.*, 1973, 18, 223.
- CADENAT H., FABIE M., COMBELLES R., BARTHELEMY R. — Technique du service dans la fermeture des orostomes sur peau irradiée. *Rev. Stomat.*, 1974, 75, 222.
- CALAMEL P.M. — The median transit tongue flap. *Plas. Reconstr. Surg.*, 1973, 51, 315.
- CHAMBERS R.G. — Tongue flaps for intraoral reconstruction. *Am. J. Surg.*, 1969, 118, 783.
- CLOUET M. — Les lambeaux de langue en chirurgie maxillo faciale. Thèse Toulouse 1974.
- COMBELLES R. — Les collatérales et les terminales de la carotide externe. Thèse Toulouse. 1970.
- CONLEY J., AMESTI F. et PIERCE M.K. — Utilisation des lambeaux de langue dans la chirurgie de la tête et du cou. *Surg.*, 1957, 41, 745-751.
- CORSO. — Immediate and secondary reconstruction of the floor of the mouth and mobilisation of the tongue. *Am. J. Surg.*, 1963, 104, 727.
- FRANCA J.G. — Reconstruction de la lèvre utilisant une greffe linguale. *Rev. Ass. Méd. Bras*, 1971, 17, 123.
- FUJIMO T. — Reconstruction d'une large déféctuosité de la lèvre inférieure avec un lambeau de muscle orienté de BERNARD et un lambeau de langue après opération radicale d'une tumeur de la lèvre inférieure. *Jap. J. Plas. Reconstr. Surg.*, 1969, 12, 249.
- GANGULI A. — Utilisation du lambeau de langue pour garnir les déféctuosités de la joue dans la chirurgie du cancer. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1968, 41, 390.
- GOLA R. — Traitement chirurgical des séquelles de bec de lièvre. Thèse. Marseille. 1970.

- GOLA R., VITTON J., BLANC J.L., LACHARD J. — Utilisation des lambeaux linguaux dans le traitement des séquelles de fente labio palatine. *Rev. Stomat.*, 1973, 74, 626.
- GILLES H.D., MILLARD D.R. — Les principes et l'habileté de la chirurgie plastique, 1957, p. 500.
- GOSSEREZ M., STRICKER M. — La langue, matériau de choix, dans la réparation des pertes de substance labiales. *Ann. Chir. Plast.*, 1966, 11, 159.
- GOSSEREZ M., STRICKER M. — A propos de la réparation des lèvres. *Ann. Chir. Plas.*, 1968, 13, 717.
- GOSSEREZ, STRICKER, FLOT, GOLA, MALKA. — Les indications du lambeau de langue dans la réparation des pertes de substance buccale. *Journ. Franç. O.R.L.*, déc. 1973, 22, 10.
- GUERRERO SANTOS J., VASQUEZ-PALLARES R., VERAM A., MACHAIN P., Casteneda A. — The tongue flap in reconstruction of the lip. 3rd Internat. Congress Plas. Surg., Amsterdam 1965, p. 1055.
- GUERRERO SANTOS J. — The use of a denuded flap of vermillion in the repair of a cleft lip. *Plas. Reconstr. Surg.*, 1965, 36, 111.
- GUERRERO SANTOS J., ALTAMIRANO J. — The use of lingual flap in repair of fistulas of the hard palate. *Plas. Reconstr. Surg.*, 1966, 38, 123.
- GUERRERO SANTOS J., Castadena A., BARBA J.A. — Surgery for correction of labial angiomias. *Arch. Sur.*, 1967, 94, 728.
- GUERRERO SANTOS J. — Tongue flap with triple fixation in secondary cleft palate repair. Transactions of the fourth international congress of plastic surgery. Experta Medica Foundation, Amsterdam, 1969.
- GUERRERO SANTOS J. — Use of tongue flap in secondary correction in cleft lips. *Plas. Sur. Reconstr.*, 1969, 44, 368.
- GUERRERO SANTOS J., FERNANDEZ J.M. — Further experience with tongue flap in cleft palate repair. *The cleft palate*, 1973, 10, 192.
- HIRANANDAMI L.H. — Tongue as pedicle flap for reconstruction of the pharynx in one stage laryngopharyngectomy. *Rev. Laryng.* (Bordeaux), 1967, 88, 111.
- HOUNANIAN A.P. — Communication personnelle, 1962.
- JACKSON I.T. — Use of tongue flaps to resurface lip defects and close palatal fistulae in children. *Plas. Reconstr. Surg.*, 1972, 49, 537.
- JOSEPH J. — Nassenplastik und sonstige Gesichtplastik. Leipzig Kurt Kabitsch (cité par H. Way. *Chir. Reconstr. and Rep.* Philadelphie, 1958).
- KAZANJIAN V.H. — *J. Amer. Med. Ass.*, 1929, 77, 1959.
- KLOPP C.T., SHURTER M. — Reconstruction of palate with tongue flap and repair of tongue. *Cancer*, 1956, 9, 1239.
- MCGREGOR I.A. — The tongue flap in lip surgery. *Br. J. Plas. Surg.*, 1966, 19, 253.
- MAX L. — Sam (M.D. Facs), 1971.
- MERLAND J.J. — Artériographie supersélective des branches de la carotide externe. Données actuelles sur la vascularisation cervico-céphalique normale. Thèse Méd. Paris, 1973.
- MOSES. — Nussbaum (M.D. Facs) vol. 121, juin 1971. Résection marginale de la mandibule avec reconstruction par lambeau de langue pour un carcinoma du plancher de la bouche.
- NEUNER O. — Eine neue Methode der Velopharynx Plastik. *Dtsch. Zahnaerztl.*, 1955, 302.
- NEUNER O. — Surgical procedures for functional improvement of the velum. *Chir. Plast. Allem.*, 1972, 1, 232.
- PADGETT E.C. — *Journal orthodont*, 1936, 22, 939.
- PAPAIIOANNOU A.M., FARR. — Reconstruction du plancher de la bouche avec un lambeau pédicillé de langue. *Surg. Gynéc. Obstétr.*, 1966, 122, 807.
- PILHEU F.R. — Lambeau de langue en chirurgie orale (1^{er} cas d'exérèse héli-vélaire). *Bol. Soc. Cir. Buenos Aires*, 1964, 48, 442-444.

- PIERCE G.W., O'CONNOR. — *Arch. Surg.*, 1934, 28, 317.
- OWENS B. — *Surg.*, 1944, 15, 196.
- ROBERT, CHAMBERS, DANIEL, WILLIAM, MAHOMEY. — *Am. J. Surg.*, 1969, 101, 118.
- SMITH F. — *Surg. Gynéc. Obstétr.*, 1933, 56, 782.
- SCHULTEN M.W. — *Dtsch. Z. Chir.*, 1958, 39, 97 (cité par H. MAY, chirurgie reconstructive et réparative).
- SOM M.L. — Marginal resection of the mandible with reconstruction by tongue flap for carcinoma of the floor of the mouth. *Am. J. Surg.*, 1971, 121, 679.
- STRICKER M., FLOT F., GOSSEREZ M. — Les brèches palatines : problèmes posés par leur réparation. *Ann. Chir. Plast.*, 1972, 17, 267.
- TSCHOPP H.M. — Die sekundäre Handlung voroperierter doppelseitiger Lippenspalten mittels eines Muskelsukosa. Lappen von der unteren Lippe. In Schudhardt : Fortschritte der Kiefer und Gesicht Chirurgie. Stuttgart, 1973.
- VAILLANT J.M., GERVAIS G.F. — Applications aux communications bucco-sinuso-nasales de quelques principes de chirurgie des malformations congénitales. *Rev. Stomat.*, 1974, 75, 203.
- WATSON A.C.H. — An innervated mucomuscular flap for the correction of defects of the vermillion border of the lip. *Brit. J. Plas. Surg.*, 1973, 26, 355.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Historique	19
Embryologie	23
Anatomie — Descriptive	31
— Vascularisation	39
— Innervation	46
Physiologie	47
Techniques chirurgicales	53
Indications	65
Utilisation actuelle	71
— Lèvre	75
— Vestibule	98
— Plancher de la bouche	98
— Joue	101
— Palais dur	101
— Voile	110
Conclusion	115
Bibliographie	116

VU

NANCY, le 13-11-74
Le Président de Thèse,
Professeur **GOSSEREZ**

Le Doyen de la Faculté A
de Médecine,
Professeur agrégé **A. DUPREZ**

AUTORISÉ A SOUTENIR ET IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 19-11-74

Le Président de l'Université de Nancy I,
Professeur **J.-R. HELLUY**

Imprimerie Marcel BON
70000 Vesoul
D. L. 1966

